

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E. A. P. DE ENFERMERÍA**

**Nivel de conocimientos sobre tuberculosis  
multidrogorresistente de pacientes que asisten a la  
Estrategia Sanitaria Nacional de PCT del C.S. Madre  
Teresa de Calcuta:**

**El Agustino, 2008**

**TESIS**

**para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería**

**AUTORA**

**Silvia Curasma Taype**

**Lima-Perú**

**2009**

**CONOCIMIENTOS SOBRE TUBERCULOSIS MULTIDRO-  
GORRESISTENTE DE PACIENTES QUE ASISTEN  
A LA ESTRATEGIA SANITARIA NACIONAL DE  
PCT DEL CS “MADRE TERESA DE  
CALCUTA”.EL AGUSTINO.**

**2008**

A DIOS, por guiarme durante  
todos estos años y brindarme  
esta hermosa profesión:  
La ENFERMERÍA.

A toda la población y en  
especial al departamento de  
Huancavelica, quienes a  
pesar de su pobreza, luchan  
cada día para hacer frente  
esta realidad.

A toda mi familia en especial a  
mis padres, Sr. Teobaldo y Sra.  
Hermenegilda, quienes con su  
ejemplo, amor, cariño y esfuerzo  
hicieron posible mi educación  
personal y profesional.

A los pacientes de la ESN - PCT, del C.S. “Madre Teresa de Calcuta” y al personal que labora, por su apoyo y colaboración en el desarrollo de la investigación.

A mi Alma Mater U.N.M.S.M. mis compañeros de mi base 2004 y amigos, quienes siempre me apoyan en todo momento de mi vida.

A todas las personas quienes hicieron posible la ejecución de la investigación, en especial a Lic. Jackelin Cuellar F. por su asesoría constante.

## INDICE DE CONTENIDOS

|  | Pág. |
|--|------|
| TITULO.....  | i    |
| DEDICATORIA.....   | ii   |
| INDICE DE CONTENIDOS.....  | iv   |
| INDICE DE GRÁFICOS.....  | vi   |
| RESUMEN.....   | vii  |
| ABSTRACT.....  | ix   |
| INTRODUCCIÓN.....  | xii  |
| <b>CAPITULO I: EL PROBLEMA.</b>                                    |      |
| A. Planteamiento de Problema.....                                  | 1    |
| B. Formulación del Problema.....                                   | 5    |
| C. Justificación.....  | 5    |
| D. Objetivos.....  | 7    |
| E. Propósito.....  | 7    |
| F. Marco Teórico .....   | 8    |
| F.1 Antecedentes.....  | 8    |
| F.2 Base Teórica.....  | 12   |
| G. Definición operacional de términos.....                         | 33   |
| <b>CAPITULO II: MATERIAL Y MÉTODOS.</b>                            |      |
| A. Tipo, Nivel y Método.....                                       | 34   |
| B. Descripción del Área de Estudio.....                            | 34   |
| C. Población y Muestra .....                                       | 35   |
| D. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos.....            | 36   |
| E. Validez y Confiabilidad del Instrumento.....                    | 36   |
| F. Plan de Recolección, Procesamiento y Presentación de Datos..... | 37   |
| G. Plan de Análisis e Interpretación de Datos.....                 | 37   |
| H. Consideraciones Éticas.....                                     | 38   |

### **CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUCIÓN**

|   |           |
|---|-----------|
| <b>A. Presentación, Análisis e Interpretación de Datos.....</b> | <b>39</b> |
|---|-----------|

### **CAPITULO IV: CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES**

|                                |           |
|--------------------------------|-----------|
| <b>A. Conclusiones.....</b>    | <b>53</b> |
| <b>B. Recomendaciones.....</b> | <b>54</b> |
| <b>C. Limitaciones.....</b>    | <b>55</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b> | <b>58</b> |
|--|-----------|

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>BIBLIOGRAFÍA.....</b> | <b>61</b> |
|--------------------------|-----------|

|                          |           |
|--------------------------|-----------|
| <b>HEMEROGRAFÍA.....</b> | <b>64</b> |
|--------------------------|-----------|

|                            |           |
|----------------------------|-----------|
| <b>INTERNETGRAFÍA.....</b> | <b>64</b> |
|----------------------------|-----------|

|                    |           |
|--------------------|-----------|
| <b>ANEXOS.....</b> | <b>65</b> |
|--------------------|-----------|

## INDICE DE GRÁFICOS

| <b>Gráfico:</b>   | <b>Pag.</b> |
|---|-------------|
| <b>Nº01.</b> Nivel de Conocimientos Sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de Pacientes que Asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta”.2008.....                                 | 46          |
| <b>Nº02.</b> Nivel de Conocimientos Sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de Pacientes del Esquema I de tratamiento, que Asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta”.2008.....   | 49          |
| <b>Nº03.</b> Nivel de Conocimientos Sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de Pacientes del Esquema II de tratamiento, que Asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta”2008.....   | 51          |
| <b>Nº 04.</b> Nivel de Conocimientos Sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de Pacientes del Esquema MDR de tratamiento, que Asisten a la ESN–PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta”2008..... | 53          |

## INDICE DE ANEXOS

| ANEXO  | Pág.  |
|--|-------|
| A. Formulario dirigido a pacientes con tuberculosis.....   | II    |
| B. Consentimiento Informado.....   | VIII  |
| C. Cálculo de Tamaño Muestral.....   | IX    |
| D. Tabla de Concordancia (juicio de expertos).....   | X     |
| E. Coeficiente de Kuder- Richardson .....  | XI    |
| F. Escala de Stanones y Campana de Gauss.....  | XII   |
| G. Operacionalización de la Variable.....  | XIII  |
| H. Edad de los Pacientes con Tuberculosis.....   | XIV   |
| I. Sexo de los Pacientes con Tuberculosis.....   | XV    |
| J. Grado de Instrucción de los Pacientes con Tuberculosis.....   | XVI   |
| K. Ocupación de los Pacientes con Tuberculosis .....   | XVII  |
| L. Información Recibida Sobre Tuberculosis Multidrogorresistente .....   | XVIII |
| M. Conocimientos sobre Definición de TB-MDR de Pacientes,<br>Según Esquema de Tratamiento.....                 | XIX   |
| N. Conocimientos sobre Etiología de TB-MDR de Pacientes,<br>Según Esquema de Tratamiento.....                  | XIX   |
| O. Conocimientos sobre Epidemiología TB-MDR de Pacientes,<br>Según Esquema de Tratamiento.....                 | XX    |
| Q. Conocimientos sobre Manifestaciones Clínicas de TB-MDR<br>de Pacientes, Según Esquema de Tratamiento.....   | XX    |
| R. Conocimientos sobre Factores de Riesgo de TB-MDR<br>de Pacientes, Según Esquema de Tratamiento.....         | XXI   |
| S. Conocimientos sobre Detección y Diagnóstico de TB-MDR<br>de Pacientes, Según Esquema de Tratamiento.....    | XXI   |
| T. Conocimientos sobre Tratamiento Farmacológico de TB-MDR<br>de Pacientes, Según Esquema de Tratamiento ..... | XXII  |
| U. Conocimientos sobre Medidas Preventivas de TB-MDR<br>de Pacientes, Según Esquema de Tratamiento.....        | XXII  |



## **RESUMEN**

Actualmente la tuberculosis sigue siendo una amenaza para la salud y el bienestar de las personas del Perú y del mundo. La Tuberculosis no sólo avanza en forma incontrolable, sino que en estas últimas décadas el bacilo de Kock se ha vuelto muy resistente al tratamiento primario, en este caso se dice que el paciente es multidrogorresistente.

Perú es uno de los ocho países en el mundo con mayor número de pacientes afectados con Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR), la forma más grave de la tuberculosis, según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), además la aparición de un nuevo tipo de Tuberculosis multidrogorresistente conocido como Tuberculosis XDR, que es casi imposible de ser tratada en países en desarrollo y esta presente en 45 países. Las causas que producen este tipo de tuberculosis (TB-MDR) son diversas, siendo necesario conocer sobre la enfermedad.

Por tal motivo esta investigación titulada “Conocimientos sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del CS Madre Teresa de Calcuta. Lima-Perú.2008” tiene como objetivo general determinar el Nivel de conocimiento sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de los pacientes que asisten a la ESN- PCT.y como objetivos específicos identificar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de los pacientes, del esquema I, Esquema II y Esquema MDR de tratamiento. El estudio es de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT) del CS “Madre Teresa de Calcuta”. Los resultados fueron que de un total de 95 (100%) pacientes con tuberculosis 51 (53,68%), tienen un

conocimiento medio; 34 (35,79%), un conocimiento bajo y sólo 10 (10,53%) un conocimiento alto. Según esquemas de tratamiento: Esquema I, de un total de 54 (100%) pacientes 28(51,85%) cuentan con un conocimiento bajo, 25(46,30%) pacientes con conocimiento medio y sólo 1 (1.85%) con conocimiento alto. Esquema II, de un total de 21 (100%) pacientes 14(66,67%) cuentan con un conocimiento medio, seguido de 4(19,05%), con conocimiento bajo y sólo 3 (14,26%) con conocimiento alto. Esquema MDR, de un total de 20(100%) pacientes 12(60%) cuenta con un conocimiento medio, seguido de 6(30%), con conocimiento alto y 2 (10%) con conocimiento bajo. Por lo que se concluye que el nivel de conocimientos que predomina en los pacientes que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” predominantemente medio. En los Esquema I y Esquema II es predominante el conocimiento entre bajo y medio lo que condiciona a que los pacientes no sean participes de su autocuidado, predisponiéndolos al agravamiento de la enfermedad. En el Esquema MDR predomina el conocimiento medio, pero es alarmante que aún existan pacientes con conocimiento bajo, siendo esta la forma mas grave de la enfermedad pudiéndolos conllevar a adquirir la TB – XDR e incluso la muerte si es que no se tienen los conocimientos necesarios y la concientización sobre la enfermedad.

Palabras Claves: Conocimientos, Tuberculosis Multidrogorresistente, Esquemas de Tratamiento.

## **ABSTRACT**

Today tuberculosis remains a threat to the health and welfare of the people of Peru and the world. Tuberculosis not only moving in an uncontrolled way, but in recent decades bacilli Kock has become highly resistant to primary treatment, in this case states that the patient is multidrug.

Peru is one of the eight countries in the world with the largest number of patients with multidrug Tuberculosis (MDR-TB), the most serious form of tuberculosis, according to a report by the World Health Organization (WHO), plus the appearance a new type of multidrug tuberculosis known as XDR TB, which is almost impossible to be treated in developing countries and is present in 45 countries. The causes that produce this kind of tuberculosis (MDR-TB) are diverse, being necessary to know about the disease.

Therefore this research entitled "Knowledge on Drug resistant Tuberculosis patients attending the National Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis SC Mother Teresa of Calcutta. Lima-Perú.2008 "aims to determine the general level of knowledge about TB multidrug patients attending the PCT.y ESN-specific objectives identify the level of knowledge of multidrug tuberculosis patients, the scheme I outline Schedule II and MDR treatment. The study is application-level, quantitative, descriptive cross method. The population consisted of all patients in the National Health Strategy for Prevention and Control of Tuberculosis (ESN-PCT) of the CS "Mother Teresa of Calcutta." The results were that out of 95 (100%) patients with tuberculosis 51 (53.68%) have a knowledge environment; 34 (35.79%), knowledge, and only under 10 (10.53%) a knowledge high. According to treatment schemes: Scheme I, a total of 54 (100%)

patients 28 (51.85%) have a low awareness, 25 (46.30%) patients and only half understanding 1 (1.85%) with knowledge high.

Scheme II, a total of 21 (100%) patients 14 (66.67%) have a knowledge medium, followed by 4 (19.05%), with the knowledge and under only 3 (14.26%) with knowledge high. MDR Scheme, a total of 20 (100%) patients 12 (60%) has a knowledge medium, followed by 6 (30%), with high knowledge and 2 (10%) with low knowledge. It is therefore concluded that the prevailing level of knowledge in patients attending the ESN-PCT CS "Mother Teresa of Calcutta" predominantly middle. In Scheme I and Scheme II is prevalent among the lower and middle knowledge what conditions to ensure that patients are not partakers of her self, predispose to worsening of the disease. In the Outline MDR half dominated by knowledge, but it is still alarming that there are patients with low knowledge, being the most severe form of the disease lead to pudiéndolos acquire TB - XDR and even death if they do not have the necessary knowledge and awareness about the disease.

Key words: Knowledge, Drug Resistant Tuberculosis, Treatment Schemes.

## INTRODUCCIÓN

La Tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa, considerada un problema de salud pública en todo el mundo, lo que se evidencia en las altas tasas de morbilidad y mortalidad.

Esta situación se agudiza día a día, debido al gran porcentaje de población que vive en extrema pobreza, y, pese a los avances en la quimioterapia de la tuberculosis, todavía siguen ocurriendo, en todos los países demasiados fracasos terapéuticos y aún se sigue produciendo, en todas partes del mundo un número inaceptable de enfermos portadores de cepas resistentes a una o varias drogas antituberculosas (TB-MDR). Además la aparición de un nuevo tipo de TB-MDR conocido como la Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB-XDR), que no responde a ningún tipo de fármaco, causa la muerte de la mitad de los pacientes que lo contraen. Estas tasas son similares a las que se daban “antes del descubrimiento de la estreptomina en 1943” el primer antibiótico de la historia contra esta enfermedad.

El Ministerio de Salud ha optado por la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT) para contrarrestar el incremento de la enfermedad, así dicha ESN-PCT tiene como objetivo disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de tuberculosis, brindando atención integral de calidad con la finalidad de reducir la morbimortalidad y sus repercusiones sociales y económicas.

Es así que el profesional de enfermería responsable de promover, conservar y restablecer la salud del paciente y familia dentro de sus

funciones en la ESN-PCT debe buscar e implementar estrategias para viabilizar la eficacia y eficiencia del programa

Por tal motivo en el presente estudio se ha formulado el siguiente problema ¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes que asisten a la ESN-PCT del C.S. “Madre Teresa de Calcuta”. El Agustino. 2008? teniendo como objetivo general determinar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de los pacientes, y como propósito brindar información actualizada y relevante sobre nivel de conocimientos que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT, sobre tuberculosis multidrogorresistente, de tal forma que el personal de salud encargada de la Estrategia fortalezca la función educativa como acción preventivo promocional para modificar conocimientos y como consecuencia fomentar comportamientos saludables y generar entornos saludables en la población de tal forma que les permitan tomar conciencia acerca del cumplimiento y/o aplicación de las medidas preventivas de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

Entre las partes que constituyen el trabajo tenemos Resumen, una Introducción. El CAPITULO I, constituido por el origen del problema-formulación del problema – objetivos – justificación - propósito-marco teórico - definición operacional de términos básicos. El CAPITULO II, tipo, nivel y método de estudio - área de estudio-población - técnicas e instrumentos de recolección de dato-validez y confiabilidad del instrumento- procedimiento para el procesamiento, presentación, análisis e Interpretación de datos-consideraciones éticas. EL CAPITULO III, resultados y discusión- Presentación, análisis e interpretación de datos. EL CAPITULO IV, conclusiones, limitaciones y recomendaciones. Finalmente consta de Referencias Bibliográficas, Bibliografía y ANEXOS.

# **CAPÍTULO I**

## **EL PROBLEMA**

### **A. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La Tuberculosis, una de las enfermedades más antiguas que afecta al ser humano, es causado por el *Mycobacterium Tuberculosis*. En la actualidad es considerada un problema de salud pública en todo el mundo, lo que se evidencia en las altas tasas de morbilidad y mortalidad. Se estima que un tercio de la población mundial ha sido infectada y está en riesgo de enfermar en algún momento de su vida, nueve millones de personas enferman anualmente y cada enfermo transmite la enfermedad a 10 ó 15 personas si no ha recibido tratamiento (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 80 % esta en los países en vías de desarrollo y el 45% de los enfermos se encuentran en edad más productiva (15-44 años)

Nuestro país no es ajeno a esta situación siendo uno de los países con elevada morbilidad por tuberculosis. El Ministerio de Salud (MINSA) señala que en el 2005 fueron 35 541 personas las que padecieron de tuberculosis, de los cuales 18 490 fueron casos nuevos, frotis positivos lo que se traduce en una tasa de mortalidad de 129,020 x 1000,000 habitantes y tasa de incidencia de tuberculosis pulmonar frotis positivo de 67,120 x 1000,000 habitantes (2).

A pesar de todos los avances en la quimioterapia de la tuberculosis, todavía siguen ocurriendo en todos los países demasiados fracasos terapéuticos y aún se sigue produciendo, en todas partes un número inaceptable de enfermos portadores de cepas resistentes a una o varias drogas antituberculosas. Según la OMS cada año surgen 425 000 nuevos casos de TB – MDR las tasas mas altas corresponden a la antigua URSS y China, donde hasta 14 % de los casos nuevos de tuberculosis no responden al tratamiento farmacológico convencional.

La Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) se ha convertido en una epidemia en ascenso desde mediados de la década de los 90, no solo se ha incrementado el número y porcentaje sino también el espectro de resistencia. Mientras que a los inicios de los 90 predominaba la resistencia a 2 drogas, actualmente la resistencia a 3 o más drogas es predominante. El Perú es uno de los ocho países en el mundo con mayor número de pacientes afectados con tuberculosis multidrogorresistente (TB-MDR), la forma más grave de la tuberculosis según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), es responsable de casi el 3 % de casos entre los resistentes no tratados previamente y aproximadamente 15% de casos entre aquellos que tienen antecedente de tratamiento previo (3), además la aparición de un nuevo tipo de tuberculosis multidrogorresistente conocido como la Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB-XDR)

La TB-XDR, que no responde a ningún fármaco, causa la muerte de la mitad de los pacientes que lo contraen, según un estudio surcoreano, publicado en American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine. Estas tasas de mortalidad son similares a las que se daban “antes del descubrimiento de la estreptomycin en 1943”, el primer antibiótico de la historia contra esta enfermedad (4). Las tasas de TB-



XDR representan alrededor de 5% de los 9 millones de nuevos afectados por TB cada año, dijo la OMS. La multirresistencia ha aumentado significativamente, hasta alcanzar en algunas zonas el 35 % del total de casos registrados. Las tasas de TB- XDR representan alrededor de 5% de los 9 millones de nuevos afectados por TB cada año, dijo la OMS. La multirresistencia ha aumentado significativamente, hasta alcanzar en algunas zonas el 35 % del total de casos registrados.

Las tasas altas de Tuberculosis resistente a los medicamentos aumentan año tras año, además la coinfección con el VIH supone un serio obstáculo para su control y tratamiento. Así mismo, se sabe que la tuberculosis sigue siendo considerada como una enfermedad con muchos estigmas; sin embargo, se debe tener en claro que la tuberculosis ataca a las personas independientemente de su raza, color o situación económica. Existen factores que condicionan la transmisión en la enfermedad y severidad del cuadro clínico, contándose entre ellos: la edad del paciente, historia previa de tuberculosis con tratamiento irregular (abandono, tratamientos prolongados). No se puede desconocer la existencia de otros factores que estarían coadyuvando a que ésta y otras enfermedades continúen haciendo estragos en miles de peruanos sobre todo en los estratos más pobres de la población, ello hace imprescindible mejorar el conocimiento de la población sobre la TB- MDR de tal forma que permita orientar su comportamiento sobre su salud, con la finalidad de mejorar su autocuidado, evitar las complicaciones y evitar la muerte.

Se han optado por estrategias para contrarrestar la avanzada de la enfermedad, así en la actualidad el MINSA mediante la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT) tiene como objetivo disminuir progresiva y sostenidamente la incidencia de tuberculosis mediante la detección, diagnóstico, tratamiento

oportuno gratuito y supervisado a todas las personas con tuberculosis en todos los servicios de salud, brindando atención integral de calidad con la finalidad de disminuir la morbimortalidad y sus repercusiones sociales y económicas (5). Pese a la existencia de la ESN-PCT, aún se presenta fracasos en el tratamiento.

En el estudio realizado por Villamar (2004) titulada “Relación entre conocimientos y practicas de medidas preventivas y recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar en el CS de Lima octubre-diciembre”, muestra la relación significativa entre el nivel de conocimientos y el tipo de prácticas de medidas preventivas de recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar, lo que permite afirmar que a menor nivel de conocimientos las prácticas serán inadecuadas, teniendo un alto riesgo de sufrir recaídas y por tanto incrementando la probabilidad de mortalidad ( 6). Por lo que una adecuada información y educación sobre la enfermedad fomentará comportamientos saludables y generará entornos saludables.

Durante el internado comunitario en el CS “Madre Teresa de Calcuta” y basado en experiencias vividas con personas enfermas de tuberculosis y al interactuar con algunas de ellas testimoniaron,...”cuando yo me enteré que tenía tuberculosis multidrogorresistente, yo me quería morir, me dijeron que no tenía cura, no permitía que mis nieto se acercara a mi, lo rechazaba no quería saber nada...,pero un día decidí seguir adelante, sobre todo por mis hijos y mis nietos, así que decidí ir al médico, me explicó que era la tuberculosis, que tenía cura, pero no le entendí mucho, la enfermera también me explicó pero no mucho“, Otros responden ante la pregunta ¿Cómo se previene la Tuberculosis Multidrogorresistente? con dificultad y duda,...”creo que se contagia por el aire o algo así ,...no me acuerdo muy bien, la señorita solo me

explicó el primer día, ahora ya no me acuerdo” y a la pregunta ¿Qué medicamentos toma y por cuánto tiempo las va tomar? unos respondieron... “no sé como se llaman pero son varias y las voy a tomar por varios meses”, otros simplemente respondieron...”no sé”.

A razón de ello surge la necesidad de hacer un estudio sobre los conocimientos sobre TB-MDR de los pacientes que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” con la finalidad de tener una mayor información actualizada y relevante sobre este tema que permita a la enfermería proyectar acciones preventivo promocionales, tomando como base la educación, contribuyendo así a disminuir la proliferación de la tuberculosis, en especial de la Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) y en su forma mas grave Tuberculosis Extremadamente Resistente (TB MDR).

## **B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Cuál es el nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT. C.S. “Madre Teresa de Calcuta”. El Agustino. 2008?

## **C. JUSTIFICACION DEL ESTUDIO DE INVESTIGACION**

Siendo la tuberculosis un problema de gran magnitud, considerada un problema de salud pública y debido al incremento de las tasas de morbilidad y mortalidad, es importante y necesario profundizar en lo que conoce el paciente acerca de la patología de la enfermedad, la TB-MDR, cuya incidencia va en aumento y las posibilidades de curación

con el tratamiento normal son muy bajas y el riesgo de muerte aumenta.

Así el conocimiento, instrumento que nos permite orientar nuestro comportamiento en la realidad, como resultado de la práctica o experiencia personal del sujeto es importante ya que la adquisición de estos, influirán en nuevos modos de comportamientos saludables que permitan alcanzar más eficientemente objetivos y satisfacer necesidades.

La promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla, con la finalidad de promover el autocuidado y contribuir con la construcción de una cultura de salud así como favorecer la prevención y el control de la tuberculosis

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar el conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la mejora de la salud, teniendo como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales, de la educación, y en especial de la enfermera. Y es responsabilidad del profesional de enfermería la organización de la atención integral e individualizada de la TB y TB MDR, al paciente, familia y comunidad, además de operativizar las funciones asistenciales y administrativas dentro de la ESN-PCT, debe enfatizar en la educación al paciente y familia fortaleciendo su autocuidado con la finalidad de contribuir en la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis.

La presente investigación aportará significativamente, a través de la información científicamente validado, conocer la situación en la que se encuentra la población en lo referente a los conocimientos sobre esta enfermedad, la Tuberculosis Multidrogorresistente, de tal forma que contribuya la actividad preventiva promocional del profesional de enfermería.

## **D. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION**

### **GENERAL**

- Determinar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta”

### **ESPECÍFICO**

- Identificar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes, del esquema I de tratamiento, que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta”
- Identificar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes, del esquema II de tratamiento, que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta”
- Identificar el nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes, con esquema MDR de tratamiento, que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta”

## **A. PROPÓSITO**

El presente estudio tiene como propósito proporcionar información actualizada y relevante sobre nivel de conocimientos que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT, sobre tuberculosis multidrogorresistente, de tal forma que la enfermera, personal de salud encargada de la Estrategia fortalezca la función educativa como acción preventivo promocional para modificar conocimientos y como consecuencia fomentar comportamientos saludables y generar entornos saludables en la población de tal forma que les permita tomar conciencia acerca del cumplimiento del tratamiento y/o aplicación de las medidas preventivas de la Tuberculosis Multidrogorresistente.

## **F. MARCO TEÓRICO**

### **F.1 ANTECEDENTES**

Con la finalidad de tener mayores elementos de juicio se revisó trabajos de investigación referente al tema de estudio encontrándose los siguientes:

#### **a. Internacionales:**

**G Ferrara, L Richeldi y col.** en el 2005 realizaron un estudio sobre “Manejo de la tuberculosis multirresistente en Italia”. Marco de Referencia: La red SMIRA (Estudio Multicéntrico Italiano sobre Resistencia a los Medicamentos Antituberculosos) constituida por 46 unidades clínicas principales y 22 laboratorios a nivel nacional en Italia. El objetivo fue: Determinar Las principales características, el cumplimiento de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el desenlace clínico de los pacientes con tuberculosis con multidrogorresistencia (TB\_MDR), inscriptos entre enero y de 1995 y diciembre de 1999. El método fue: Estudio clínico de observación precedido de una prueba de competencia, según las recomendaciones de la OMS (7). Conclusión: Debe administrarse el

mejor tratamiento disponible a todos los pacientes con un diagnóstico reciente de TBMDR y deben evitarse los tratamientos modificados inadecuadamente. Los pacientes con TBMDR deben remitirse a centros muy especializados.

**ECC Soares, AGF Pacheco y Col,** en el 2006 realizaron un estudio sobre “Mejoras en las tasas de tratamiento exitoso con el tratamiento directamente observado en la Ciudad de Río de Janeiro” El objetivo fue: Evaluar la repercusión sobre el desenlace terapéutico de tratamiento directamente observado (DOT), comparando las tasas de tratamiento exitoso en pacientes con DOT y pacientes que recibieron tratamiento autoadministrado (TAA). El método fue un estudio longitudinal de una cohorte de pacientes con tuberculosis (TB). Se incluyeron 9.929 casos nuevos de TB pulmonar, de los cuales 11.190 (12%) adoptaron DOT y 8.739 (88%) el TAA. Todos los pacientes recibieron una pauta con tres medicamentos: rifampicina, isoniacida y pirazinamida durante 2 meses y luego 4 meses con rifampicina e isoniacida (8) Conclusión: Esta introducción preliminar de DOT demostró alta eficacia y factibilidad en una extensa aglomeración urbana de un país en vías de desarrollo.

**SsMunsiff, SD Ahuja,** en el 2006 realizaron un estudio sobre “Colaboración publica-privada para el control de la tuberculosis multirresistente en la ciudad de Nueva York” El Objetivo fue: Evaluar el desenlace terapéutico de pacientes con TB-MDR, tratados por múltiples proveedores de atención. El método utilizado fue: Estudio retrospectivo de cohortes de pacientes con TB declarados entre 1992 y 1997. Se escogieron pacientes cuyos aislados clínicos de *Mycobacterium tuberculosis* exhibieron resistencia por lo menos a isoniacida y rifampicina y que habían

recibido un máximo de 30 días de tratamiento antituberculoso antes de la recogida de la primera muestra con TB\_MDR. (9). Conclusión: Un programa integral de lucha contra la TB-MDR mejoró el desenlace terapéutico en individuos coinfectados por el VIH y también en individuos exentos de coinfección, pese a una atención sanitaria prestada por múltiples proveedores. La recaída fue infrecuente en los pacientes que completaron las pautas de tratamiento recomendadas.

#### **b. Nacionales:**

**Bohorquez Cristina, Rivas Jenny, en 1997** realizan un estudio titulado. "Conocimientos acerca de la tuberculosis pulmonar que tienen los familiares de los pacientes registrados en el programa de control de tuberculosis del CS Conde de la Vega Baja", su objetivo general fue determinar el conocimiento acerca de la enfermedad que tienen los familiares de los pacientes diagnosticados con TB pulmonar registrados en el programa de control de tuberculosis. Los resultados que se obtuvieron demuestran que "el 76% de los familiares de los de los pacientes con tuberculosis tienen un nivel de conocimiento medio acerca de la enfermedad, tratamiento farmacológico, profilaxis y cuidados en el hogar ; seguido del 24% de los familiares con conocimientos altos" (10); llegando a la conclusión que los familiares de los pacientes con TB del PCT del CS "Conde de la Vega Baja" tiene un conocimiento prevalentemente medio y bajo sobre la enfermedad, tratamiento farmacológico, profilaxis y cuidados en el hogar.

**Ramírez, Henry O en 2002**, estudió "Las representaciones sociales del paciente multidrogorresistente a la tuberculosis pulmonar en el CS Conde de la Vega Baja cercado de Lima", teniendo como



objetivo comprender las representaciones sociales de los pacientes acerca de su condición de multidrogorresistente a al tuberculosis pulmonar. “La metodología responde a la necesidad de cualificar una representación social, para ello se ha utilizado el método cualitativo etnográfico basado en la teoría de las representaciones sociales de Moscovici” (11). Llegando a la conclusión que la representación social que el paciente percibe de su condición de Multidrogorresistente queda reflejado como: ocultamiento al enemigo, es decir, el ocultamiento de la enfermedad para ser aceptados por los demás, expresando de manera perspicaz y rechazante la manera de percibir la enfermedad.

**Villamar, Sheila Y. en 2004**, estudió “Relación entre conocimientos y prácticas de medidas preventivas y recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar en el CS de Lima octubre-diciembre”, el objetivo fue determinar la relación entre conocimientos y prácticas de medidas preventivas y recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar. Se utilizó un diseño descriptivo correlacional transversal, se aplicó una encuesta mediante un cuestionario (12). Llegando a la conclusión que existe relación significativa entre el nivel de conocimientos y el tipo de prácticas de medidas preventivas de recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar, lo que permite decir que a menor nivel de conocimientos las prácticas serán inadecuadas

**Herrera, Enrique V. en 2006**, en su estudio titulado “Nivel de conocimientos, actitudes y practicas de la familia en la prevención de la Tuberculosis”, tiene como objetivo general determinar el nivel de los conocimientos, actitudes y prácticas sobre medidas preventivas de la tuberculosis (factor de riesgo), en los familiares

encargados del cuidado del paciente con tuberculosis, frotis positivo. El tipo de estudio fue explicativo, correlacional de tipo transversal (13). La conclusión a la que se llegó fue que “el nivel de conocimientos es menor en familiares analfabetos y mayor en familiares con estudios superiores, siendo los familiares de educación primaria y secundaria catalogado en un nivel regular de conocimiento, lo que amerita ampliar las estrategias educativas de prevención en este grupo de familiares. Que las acciones de prevención en el género femenino son mayores que en el masculino”

**Bravo, Edson E. en 2008**, realiza un estudio titulado. “Actitudes del paciente con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente en el C.S. Fortaleza. Lima - Perú”, sus objetivos fueron determinar las actitudes de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente e identificar las características de cada uno de los componentes como son: cognitivo, afectivo y conductual. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal (14) La conclusión a la que llegó es que la actitud de los pacientes con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistencia es de indiferencia ya que en todos los componentes presentan actitudes medianamente favorables hacia su enfermedad.

## **F.2 BASE TEÓRICA**

### **1. Generalidades del conocimiento**

#### **a.- CONOCIMIENTO**

El conocimiento es la suma de hechos y principios que se adquieren y retienen a lo largo de la vida como resultado de las experiencias y

aprendizaje del sujeto. El aprendizaje se caracteriza por ser un proceso activo que se inicia con el nacimiento y continúa hasta la muerte originando cambios en el proceso de pensamiento, acciones o actividades de quien aprende. Estos cambios pueden observarse en la conducta del individuo y actitudes frente a las situaciones de la vida diaria, dichas actividades irán cambiando a medida que aumentan los conocimientos aunados con la importancia que se le da a lo aprendido y se lleva a cabo básicamente a través de dos formas: La informal, mediante las actividades ordinarias de la vida, es por este sistema que las personas aprenden sobre el proceso salud-enfermedad y suele completarse con otros medios de información; la formal, viene a ser aquella que se imparte en las escuelas que se organizan los conocimientos científicos mediante un plan curricular.

Bertrand plantea que el conocimiento es el “conjunto de información que posee el hombre como producto de su experiencia, de los que ha sido capaz de inferir a partir de estos” (15).

Para M. Bunge el conocimiento es un “conjunto de ideas, conceptos, enunciados comunicables que pueden ser claros, precisos, ordenados, vagos e inexactos, clasificado en conocimiento vulgar, llamándose así a todas las representaciones que el común de los hombres se hace en su vida cotidiana por el simple hecho de existir, de relacionarse con el mundo, de captar mediante los sentidos información inmediata acerca de los objetivos, los fenómenos naturales y sociales, se materializa mediante el lenguaje simple y natural, el conocimiento científico, que es racional, analítico, sistemático y verificable a través de la experiencia”(16).

George Millar y Ulric Neisser plantean que el conocimiento es un instrumento que nos permite orientar nuestro comportamiento en la realidad, procesar la información, reproducir los formatos externos y estructuras cognoscitivas, el almacenamiento en la memoria y la elaboración de los planes y las estrategias para solucionar problemas. Por esta razón el cognitivismo aborda el aprendizaje como actividad humana y su producto: el conocimiento.

Watson y Skinner, manifiestan que el conductismo aborda el comportamiento que se puede observar, manipular y en cierta medida cuantificar. Se define, entonces, el aprendizaje como todo cambio en el comportamiento de los individuos, relativamente estable o permanente, como resultado de la práctica o experiencia personal del sujeto.

Los conocimientos científicos, sociales y médicos están evolucionando constantemente, sin embargo esto no se evidencia en una población urbano-marginal, pues ellos continúan poniendo en práctica creencias y costumbres que forman parte de su cultura, actúan frente a las enfermedades de acuerdo a la opinión y creencias que tienen sobre la salud y enfermedad, medicina popular, actitudes y su manera de prevenirlos es por ello que la promoción de la salud es el proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud para mejorarla. Abarca no solamente las acciones dirigidas directamente a aumentar las habilidades y capacidades de las personas, sino también las dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas que tienen impacto en los determinantes de salud.

La educación para la salud comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente destinadas a mejorar la alfabetización sanitaria que incluye la mejora del conocimiento de la población y el desarrollo de habilidades personales que

conduzcan a la mejora de la salud. Es un proceso educativo que tiene como finalidad responsabilizar a los ciudadanos en la defensa de la salud propia y colectiva. Es un instrumento de la promoción de salud y por tanto una función importante de los profesionales sanitarios, sociales y de la educación. Asimismo, la educación para la salud es una parte del proceso asistencial del profesional en enfermería, incluyendo la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.

La enseñanza y la educación asociada con niños, jóvenes y adultos, lógicamente ha respondido a las peculiaridades psicológicas y a las capacidades desarrolladas en cada etapa de la vida. La enseñanza a personas con un determinado grado de deterioro mental, requiere la profundización de nuevas formas de enseñanza ajustadas a la edad. “Cuando la educación, se dirige a personas ancianas, muy apegadas a sus hábitos y tradiciones con un enorme caudal de experiencias y sabiduría, esto debe ser aprovechado y orientado para que se revierta en éxito en la salud del individuo y la comunidad” (17).

## **2.-Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis**

La Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT) es el órgano técnico normativo dependiente de la Dirección General de Salud de las Personas, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de Tuberculosis en el Perú, garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.

Esta integrado a los servicios generales de salud a nivel nacional, se operativiza desde el primer nivel local y su cobertura alcanza a todos los establecimientos del Ministerios de Salud y otras instituciones (Seguro Social de Salud-EsSalud. Sanidad de la Policía Nacional del Perú, Sanidades de las Fuerzas Armadas; Centros Médicos de las Universidades, Sanidad del Instituto Nacional Penitenciario INPE, Municipalidades, Centros Médicos de la Iglesia, Sector Privado y otros).

El control de la Tuberculosis en el Perú se sustenta en el documento “Norma Técnica de Salud para Control de la Tuberculosis” que incorpora y aplica la estrategia DOTS y DOTS Plus recomendada por la OMS/OPS.

La estrategia DOTS garantiza la curación de la mayor proporción de pacientes y la reducción de riesgo de enfermar para la comunidad. De consolidarse y amplificarse en forma eficiente, se producirá la eliminación gradual de la tuberculosis como problema de salud pública.

En el Perú, la ESN-PCT cuenta con los medios técnicos de diagnóstico accesibles y esquemas de tratamiento de alta eficacia para afrontar con éxito el desafío de este grave problema.

### **3.-Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR)**

**3.1 Definición.-** Es aquella enfermedad infectocontagiosa aguda o crónica causada por bacilos multidrogorresistentes, que son resistentes a por lo menos Isoniacida y Rifampicina.

**3.2 Etiología.-** La Tuberculosis Multidrogorresistente es causado por el Mycobacterium tuberculosis resistente que es un bacilo aeróbico acidorresistente que se desarrolla lentamente y es sensible al calor y la luz ultravioleta.

**3.3 Resistencia.-** “El fenómeno de resistencia se detecto poco después de la introducción de la estreptomina para el tratamiento de la tuberculosis humana. Cuando el antibiótico era administrado sólo, inicialmente se producía una sorprendente mejoría de los de los síntomas del enfermo junto con el rápido descenso del número de los bacilos en el esputo. Por lo general, la cantidad de bacilos volvía pronto a aumentar y el estado clínico del paciente se deterioraba. Los bacilos aislados del esputo de los pacientes que habían recibido estreptomina sola durante unos meses eran farmacorresistentes, es decir, que los bacilos, en lugar de ser eliminados continuaban creciendo in Vitro en presencia de altas concentraciones de fármacos” (18).

**a. Tipos de resistencia**

- **Resistencia Primaria.-** Se debe a la infección con una cepa resistente, originada en un paciente que adquirió la resistencia por un tratamiento inadecuado. Así, el paciente con resistencia primaria a un fármaco nunca antes lo ha recibido, pero la fuente original de la infección debe de haberlo recibido.

- **Resistencia Secundaria (adquirida).-** Se produce cuando un paciente es expuesto a un fármaco dado, mientras el programa no puede asegurar la adherencia al tratamiento o debido a la toma selectiva de medicamentos , al abastecimiento irregular de los fármacos, a la mala calidad de los medicamentos, a la prescripción incorrecta, o, raramente a la absorción errática de los compuestos,. Se suprime el crecimiento de los bacilos sensibles, pero continúa la multiplicación de los organismos resistentes.

Implica también que el paciente inicialmente presento un microorganismo fármaco sensible que desarrollo resistencia durante el curso del tratamiento.

**3.4 Epidemiología.-** Hay 2 razones principales por lo que una persona puede tener TB resistente:

- El tratamiento se hizo resistente durante el tratamiento previo:

Si el paciente recibe tratamiento previo y los medicamentos no mataron completamente al bacilo.

Si los medicamentos nos son tomados en los días programados.

Si el personal de salud no supervisó la toma de medicamentos

- Contagio de otra persona enferma con el bacilo resistente:

La infección se produce por inhalación, las gotitas infectables, aerosolizadas al toser pueden contaminar los lugares cerrados durante largo tiempo.

**3.5 Cuadro clínico.-** Al principio es asintomático, se presenta fiebre, malestar general y pérdida de peso, diaforesis y tos por las secreciones irritaciones de los bronquios, generalmente matutina, puede haber esputo purulento, verde amarillento y mucoide, la hemoptisis puede aparecer, de acuerdo a la gravedad de la enfermedad

### **3.6 Factores de Riesgo**

Entre los factores de riesgo identificados para TB-MDR se considera: La edad del paciente, historia previa de la tuberculosis con tratamiento irregular (abandono y tratamientos prolongados), algunos factores dependen de la biología humana, como presencia de enfermedades crónicas en el individuo (diabetes mellitus), considerando además el tiempo de enfermedad hasta el inicio del tratamiento. Algunos estudios realizados en nuestro país muestran la asociación de factores sociales y demográficos como vivir en zonas urbanas, hacinamiento, percepción errada de la enfermedad. Además la importancia de los factores de riesgo varía en cada escenario de pobreza.

### **3.7 Detección y Diagnostico de Casos**



En la TB-MDR, se realiza los mismos procedimientos que en la TB sensible de fármacos: Detección de sintomático respiratorio (S.R.), diagnostico de casos, y seguimiento de diagnostico. Con la consideración que los casos en quien se sospecha de TB-MDR lleva implícita la indicación de cultivo y prueba de sensibilidad.

**a) Detección de sintomático respiratorio.-** Sintomático respiratorio (S.R) es toda persona que presenta tos con expectoración por más de 15 días, que se detectan durante la atención de salud en cualquier área/servicio del establecimiento.

**b) Diagnostico de casos.-** La herramienta fundamental para el diagnostico de casos en TB es la bacteriología (baciloscopía y cultivo), por su alta especificidad, sensibilidad y valor productivo. En aquellas situaciones donde los estudios bacteriológicos no sean concluyentes, será necesario realizar el seguimiento diagnostico de acuerdo a la organización de la red de servicios de salud, utilizando otros criterios como: clínico, epidemiológico, diagnostico por imágenes, inmunológico y anatomopatológico.

**c) Seguimiento de diagnostico.-** El seguimiento de diagnostico consiste en la realización de procedimientos evaluación en aquel S.R. sospechoso de TB con dos baciloscopias negativas. Al sintomático respiratorio BK (-) sospechoso de tuberculosis, que tiene síntomas, signos clínicos y /o imágenes radiológicas sugestivas de TB (rayos x anormal), se le solicitara dos baciloscopias más en forma inmediata a la consulta del medico tratante.

**d) Cultivo.-** Es el método bacteriológico más sensible y específico para detectar la presencia de Mycobacterium Tuberculosis y otras micobacterias. Aporta de 20 a 23% casos más a lo diagnosticado por baciloscopía.

**e) Prueba de sensibilidad.-** Es un examen para determinar la sensibilidad y la resistencia de una cepa de M. Tuberculosis a los fármacos antituberculosos.

En el país se ha implementado el método de proporciones que consiste en determinar la proporción de mutantes resistentes de una población a una o mas drogas.

### **3.8 Tratamiento de tuberculosis**

El tratamiento se basa en diversos regimenes de terapia combinada (varios medicamentos) de corta duración formulados en los decenios de 1970, y que ha ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades fundamentales de los medicamentos antituberculosos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia.

Esquemas de tratamiento:

**a) Esquema Uno.-** Para aquellas personas con tuberculosis sin antecedente de haber recibido tratamiento antituberculosis previo (paciente nuevo, nunca tratado), o si recibieron este fue por menos de 30 días consecutivos.

Incluye los siguientes fármacos:

Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E)

Se administrará durante 6 meses, hasta completar 82 dosis, dividido en dos fases:

Primera fase: 50 dosis (diario de lunes a sábado con RHZE), excepto feriados y domingos.

Segunda fase: 32 dosis (intermitente, dos veces por semana con RH)

**b) Esquema Dos.-** Para personas con tuberculosis antes tratados, quienes tienen el antecedente de haber recibido tratamiento

antituberculosis por mas de 30 días, incluyendo recaídas y abandonos recuperados.

Las personas con antecedente de tratamiento tienen mayor riesgo de ser portadores de tuberculosis resistente a antibióticos, razón por la cual es necesario potenciar el esquema terapéutico con una droga adicional (estreptomina) y extender la segunda fase.

Incluye los siguientes fármacos:

Isoniazida (H), Rifampicina (R), Pirazinamida (Z), Etambutol (E), Estreptomina (S)

Se debe administrar durante 8 meses (aprox. 32 semanas) hasta cumplir 125 dosis, dividido en dos fases:

Primera fase: 75 dosis, (Dos meses diarios de lunes a sábado con RHEZS y un mes diario de lunes a sábado con RHEZ)

Segunda fase: 40 dosis (intermitente, dos veces por semana con RHE)

### **c) Tratamiento Individualizado para TB-MDR**

La mejor opción de manejo para la TB-MDR es el retratamiento individualizado, pero las personas con tuberculosis no siempre cuentan con resultados de prueba de sensibilidad en el momento de la decisión terapéutica, lo cual condiciona la necesidad de esquemas de tratamientos intermedios empíricos, en el país denominado esquema estandarizado de retratamiento o esquema empírico de retratamiento.

**c.1) Retratamiento individualizado para TB-MDR.-** Esquema en base a los resultados de la prueba de sensibilidad para fármacos antituberculosis de primera y segunda línea.

Incluye los siguientes fármacos en el siguiente orden:

Grupo 1: Fármacos orales de primera línea (HREZ)

Grupo 2: Inyectables (aminoglicosidos, capreomicina), si el paciente es sensible se recomienda estreptomicina como primera opción, si es resistente a S, la segunda opción es kanamicina. Si la cepa es resistente a ambos entonces la opción es capreomicina

Grupo 3: Quinolonas (ciprofloxacino, moxifloxacino)

Grupo 4: Incluye etionamida, cicloserina, PAS, son menos tolerados que los medicamentos de los otros grupos.

Grupo 5: Otros, amoxicilina / ácido clovulónico, claritromicina.

Duración: Aproximadamente 24 meses, debe ser evaluado al menos cada 6 meses en el CERI (Comité de Evaluación de Retratamiento Intermedio).

**c.2) Retratamiento Empírico para TB-MDR.-** Es un esquema de tratamiento transitorio, que la persona con tuberculosis recibirá hasta que cuente con una prueba de sensibilidad.

Duración: De no contar con el resultado de la prueba de sensibilidad, la duración del tratamiento será determinado por el CERI y CERN, debiendo ser entre 18 – 24 meses.

**c.3 Esquema de retratamiento estandarizado para TB-MDR** Es un esquema de tratamiento transitorio, normatizado, que la persona con tuberculosis recibirá hasta que cuente con una prueba de sensibilidad. Indicado para personas con TB que fracasa a los esquemas Uno o Dos y con alto riesgo de fallecimiento, esta es una situación excepcional que debe ser adecuadamente documentada.

Duración: 18 meses, hasta tener la prueba de sensibilidad.

### **3.9 Medidas de prevención**

**a) La vacuna BCG.-** La Vacuna BCG (Bacilo de Calmette-Guerin) es la vacuna viva y atenuada, obtenida originalmente a partir del *Mycobacterium bovis*. Su aplicación tiene como objetivo la

respuesta inmune útil que reduce la morbilidad tuberculosis post-infección primaria.

**b) Control de Contactos.-** Se denomina contactos a las personas que conviven con el enfermo de tuberculosis. La actividad de control tiene como objetivo detectar casos de tuberculosis entre los contactos y prevenir el riesgo de enfermar.

**c) Quimioprofilaxis.-** Es la administración de Isoniacida a los pacientes de contactos TBC frotis positivo menores de 15 años y a pacientes con VIH sin evidencia de TB. Su objetivo específico es prevenir y/o disminuir el riesgo de desarrollar la enfermedad.

**d) Educación para la salud.-** Es un proceso de dialogo-información-reflexión-acción dirigido al enfermo, su familia y a la población en general, orientado a conseguir la adopción de una conducta que disminuya la transmisión de la infección a la comunidad.

Su objetivo es lograr que la población conozca las formas de protegerse y que actúe en concordancia con ellas.

El contenido de la educación se vincula a la importancia y necesidad de contribuir a:

- Que los sintomáticos respiratorios identificados sean examinados por baciloscopía.
- Que los enfermos reciban tratamiento completo y supervisado y evitar que los abandonen.
- Que los contactos sean examinados por el personal de salud.
- Que los contactos menores de 15 años de enfermos con TB-MDR, reciban tratamiento.

**e) Cuidados en el hogar que se brinda al paciente con TB-MDR.-** Para que sea efectiva la recuperación del paciente enfermo es necesario la educación en salud que debe estar basada en el

entendimiento exacto del conocimiento prevalente en la familia mediante el cual debe incluir los siguientes cuidados en su hogar.

**f) Descanso.-** Los enfermos con tuberculosis pulmonar presentan disnea al esfuerzo, incrementa la frecuencia respiratoria; por tal motivo los periodos de descanso entre las actividades incrementa la tolerancia a la actividad y disminuye la disnea, mejorando de esta manera la disnea.

**g) Alimentación.-** La nutrición en los enfermos con tuberculosis se ve alterada, ya que la enfermedad es de curso prolongado. La tos y las respiraciones profundas incrementan la demanda de energía. En su mayoría los pacientes están desnutridos al inicio de su enfermedad. Es por ello que es necesario que los pacientes cubran sus necesidades básicas a través de la ingestión de proteínas y calorías.

**H) Medidas de Saneamiento.-** Cualquiera es susceptible de contraer la tuberculosis si inspira los bacilos que exhala un enfermo o portador al hablar, estornudar, toser o expectorar. Entre algunas medidas más importantes tenemos: Cubrirse la boca y nariz con papel higiénico al toser o estornudar, Lavarse las manos con agua y jabón, limpiar los muebles con trapo húmedo y trapear el piso con desinfectante y ventilar el cuarto donde duerme el enfermo; abrir las ventanas para que ingrese los rayos solares que emiten radiaciones ultravioletas, lo cual destruye al *Mycobacterium tuberculosis*.

#### **4.- Atención de Enfermería a la persona con Tuberculosis.**

La organización de la atención integral e individualizada de la persona con tuberculosis y TB MDR, su familia y la comunidad es responsabilidad del profesional de enfermería del establecimiento de salud. La atención de enfermería enfatiza la educación, control del tratamiento y seguimiento de la persona con tuberculosis y

sus contactos, con la finalidad de contribuir a la disminución de la morbimortalidad por tuberculosis.

Entre las actividades que realiza están: La entrevista, visita domiciliaria y administración del tratamiento.

**Entrevista de Enfermería.-** La entrevista de enfermería debe realizarse al inicio, cambio de fase y a término de tratamiento.

*Objetivos:*

- Educar a la persona con tuberculosis y familia, sobre su enfermedad, formas de contagio, importancia del tratamiento supervisado y baciloscopía y cultivos de control mensual
- Establecer canales de comunicación y responsabilidad compartida con la persona con tuberculosis y la familia, con el fin de garantizar la adherencia al tratamiento, el seguimiento de caso y estudio de contactos a través de la aplicación de la Estrategia DOTS y DOTS Plus.
- Valorar factores de riesgo para TB-MDR con la finalidad de planificar intervenciones.
- Detectar precozmente RAFAs y colaborar en el manejo oportuno de estas para evitar irregularidad y abandonos al tratamiento.
- Contribuir a un adecuado seguimiento de casos y estudio de contactos.
- Identificar en el paciente conductas de riesgo, a fin de realizar un trabajo de consejería.
- Coordinar y verificar la consulta médica de evaluación.
- Sospecha de fracaso de tratamiento, embarazo, comorbilidad, coinfección.
- Coordinación de derivaciones y transferencias.
- Reforzar el autoestima de la persona que culmina el tratamiento satisfactoriamente y recomendarle que en caso de presentar

sintomatología respiratoria él o sus familiares acudan al establecimiento de salud.

**Visita Domiciliaria.-** Esta actividad consiste en acudir al domicilio de la persona con tuberculosis con la finalidad de educar al paciente y familia. Deberá efectuarse dentro de las 48 horas de realizado el diagnóstico.

*Objetivos:*

- Educar a la persona con tuberculosis y familia incorporándolo activamente en la recuperación de la persona con tuberculosis.
- Identificar problemas de salud y factores condicionantes, para brindar apoyo educativo en busca de solución.
- Contribuir al éxito de tratamiento antituberculosis recuperando a la persona inasistente.

**Organización y administración de tratamiento.-** La adherencia al tratamiento depende en gran parte de la relación establecida entre la persona con tuberculosis, el personal de enfermería que lo administra y el establecimiento de salud, siendo la enfermera responsable de garantizar la correcta administración del tratamiento antituberculosis.

El tratamiento es estrictamente supervisado y ambulatorio, para lo cual se requiere de lo siguiente:

- Garantizar la administración de tratamiento supervisado en boca por el personal de enfermería en el establecimiento de salud.
- En caso de personas con tuberculosis hospitalizados, es responsabilidad de la enfermera del servicio de hospitalización la administración del tratamiento supervisado, en estrecha coordinación con la enfermera responsable de la estrategia sanitaria en el establecimiento



- Monitoreo y evaluación de desarrollo de las actividades de tratamiento.
- Verificar la dosis a administrar de acuerdo al peso del paciente.
- Vigilar la aparición de reacciones adversas.
- No entregar medicamentos para ser tomados en casa.
- En personas con tuberculosis postrados o con discapacidad, el personal de enfermería establecerá condiciones necesarias para garantizar el DOTS en el domicilio.
- En forma excepcional, en aquellas circunstancias que por el horario de atención del establecimiento, condición clínica de la persona con tuberculosis o inaccesibilidad geográfica, el tratamiento podrá administrado y supervisado por un miembro de la comunidad (promotor de salud) debidamente capacitados para tal fin, bajo supervisión del personal de salud.

## **5. Atención de Enfermería a la personas con TB MDR:**

### *Antes del tratamiento:*

- Coordinar con los miembros la preparación del expediente técnico de los casos que han sido evaluados por el consultor intermedio, máximo una semana luego de haberse determinado la sospecha de TB MDR.
- Enviar el expediente completo a la Red de Salud –DISA-DIRESA, según la organización de su jurisdicción
- Verificar que el expediente técnico fue presentado al CERI.
- Luego de la reunión del CERI coordinar con la DISA-DIRESA para que se remita el acta de aprobación de esquema de retratamiento.
- Coordinar la realización de los exámenes basales e interconsultas.
- Coordinar con la DISA-DIRESA el inicio del tratamiento.

- Realizar la visita domiciliaria con la finalidad de confirmar el domicilio, actualizar el censo de contactos o identificar las condiciones de saneamiento básico y el entorno familiar.

*Inicio de tratamiento:*

- Desde la evaluación del CERI hasta el inicio del tratamiento debe transcurrir como, máximo 5 días.
- Se realiza la primera entrevista de enfermería a la persona con TB MDR y a la familia. Debe considerarse necesario invitar al promotor que apoye la supervisión del tratamiento.
- Se brindara educación sanitaria sobre TB MDR, importancia de la prueba de sensibilidad, administración del tratamiento supervisado, frecuencia de exámenes auxiliares e interconsultas. Orientación sobre los medicamentos a utilizar y posibles reacciones adversas. Así mismo sobre contactos intra y extradomiciliarios. Si presenta co-morbilidad orientar a la persona con tuberculosis MDR, sobre la necesidad de controles con el especialista y coordinar con el hospital de referencia sobre la atención respectiva.
- Elaborar el cronograma para la realización de las pruebas de laboratorio e interconsultas necesarias,
- Registrar a la persona con tuberculosis en el libro de registro y seguimiento de pacientes con TB MDR.
- Aperturar tarjeta de control y administración de medicamentos.
- Notificar por vía regular en un máximo de 72 horas a la Unidad Técnica de TB MDR, el inicio del tratamiento utilizando la ficha de notificación inmediata para pacientes con TB MDR.
- Verificar que la persona con tuberculosis, firmó el consentimiento informado.

#### Seguimiento de tratamiento:

- Solicitar los controles mensuales de baciloscopía y cultivo y verificar su registro en la tarjeta de control de asistencia y administración de medicamentos y en el libro de registro y seguimiento de pacientes con tuberculosis y de TB MDR.
- Valoración de reacciones adversas, resultado de laboratorio, cambios en el peso dando información oportuna el medico.
- Coordinar las pruebas de laboratorio e interconsultas de acuerdo al cronograma establecido.
- Entrevistas de seguimiento, se realizaran obligatoriamente mensual mientras dure el tratamiento con inyectables, posteriormente en forma trimestral (en caso necesario programar otras entrevistas). También se debe evaluar la participación de la familia en el apoyo al tratamiento y cambios en la dinámica familiar.
- Visitas domiciliarias de seguimiento: se realizaran obligatoriamente cada 6 meses con la finalidad de verificar control de contactos, actualizar censo de nuevos contactos y evaluar la participación de la familia en el apoyo al tratamiento y cambios en la dinámica familiar.
- Programar consultas con el médico tratante y el médico consultor para el alta de la persona con tuberculosis, verificando documentación requerida: placas radiográficas, TAC (si estaría disponible), tarjeta de tratamiento, historia clínica, informes de evolución trimestral, resultados de baciloscopías, cultivos y prueba de sensibilidad.
- Notificar la condición de egreso de la persona con tuberculosis.

#### Después del tratamiento:

- Al momento del alta, reforzar educación sanitaria sobre la importancia de los controles posteriores.

- Citar cada tres meses para controles de baciloscopías y cultivos durante el primer año, y cada seis meses durante el segundo año post tratamiento.

## 6.-TEORÍAS DE ENFERMERÍA QUE FUNDAMENTAN EL CUIDADO

### **Dorotea Orem: Teoría del Autocuidado.**

Define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre sí:

**a) Teoría del Autocuidado:** En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

**b) Teoría del déficit de autocuidado :** En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit . Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

**c) Teoría de los sistemas de enfermería :** En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

- *Sistemas de enfermería totalmente compensadores :* La enfermera suplente al individuo .

- *Sistemas de enfermería parcialmente compensadores:* El personal de enfermería proporciona autocuidados.

- *Sistemas de enfermería de apoyo-educación:* la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

### **Hildegarde Peplao: Teoría de Relaciones Interpersonales.**

En su obra, "Relaciones interpersonales en enfermería", ofrece una definición de enfermería en la que destaca la importancia del enfermero durante el "proceso interpersonal" , al que define como terapéutico , y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje . Mientras este recibe cuidados, la meta de la enfermería, por tanto , deberá de apuntar hacia el desarrollo de la maduración personal de ambos.

Para Peplau , "La enfermería es un instrumento educativo , una fuerza de maduración que apunta a promover en la personalidad el movimiento de avance hacia una vida creativa, constructiva, productiva, personal y comunitaria ". Peplau descubre cuatro fases de la relación enfermera-paciente:

- 1.- **Orientación:** Durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema.
- 2.- **Identificación:** La enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad.
- 3.- **Aprovechamiento:** El paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación.

**4.- Resolución:** Las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

### **Albert Bandura: Teoría del aprendizaje social**

Psicólogo del comportamiento humano, analiza la permanente y dinámica interacción entre el comportamiento y el ambiente que rodea a la persona, enlazados por lo que denomina un 'determinismo recíproco'.

Sus primeros libros los publicó con su discípulo Richard Walters - *Agresión adolescente* (1959) y *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad* (1963).

Plantea el enfoque de aprendizaje social que subraya la capacidad de aprender por medio de la observación de un modelo o de instrucciones, sin que el aprendiz cuente con experiencia de primera mano (Morris, 1997)

Bandura estudia el aprendizaje a través de la observación y del autocontrol y da una importancia muy relevante al papel que juegan los medios (el 'aprendizaje mediatizado'). Los medios de comunicación no sólo son susceptibles de ser observados, sino que actúan sobre los procesos psicológicos de la persona en la medida que crean imágenes, representaciones, modelaciones de la realidad, por lo que, consecuentemente, producen o modifican las conductas y el mecanismo cognitivo que precede a las conductas. A través de los medios, esto es, mediante el cambio del medio ambiente social, se pueden variar los comportamientos. Además, los medios, especialmente los audiovisuales, cada vez más determinantes en la percepción de lo exterior, reproducen en sus prácticas narrativas los elementos básicos que desencadenan la actividad de la observación. Al tiempo, son capaces de fijar ciertas marcas o referencias que instruyen los mecanismos de autocontrol del individuo en sus comportamientos.

## **G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS BÁSICOS**

**Nivel de conocimientos del paciente tuberculoso:** Grado de conocimiento que tiene el paciente sobre la Tuberculosis Multidrogorresistente.

**Tuberculosis Multidrogorresistente:** Enfermedad infectocontagiosa ocasionada por el bacilo *Mycobacterium tuberculosis*, que es resistente a por lo menos dos drogas antituberculosas (isoniazida y rifampicina), por lo que el tratamiento médico de los pacientes fracasa en desmedro de la salud y vida del paciente.

**Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis:** Órgano técnico normativo, responsable de establecer la doctrina, normas y procedimientos para el control de la tuberculosis en el Perú, garantizando la detección, diagnóstico, tratamiento gratuito y supervisado a todos los enfermos con tuberculosis, con criterios de eficiencia, eficacia y efectividad.

## CAPITULO II

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### A. TIPO, NIVEL Y MÉTODO

El tipo de investigación es **cuantitativo**, se obtienen datos susceptibles a cuantificar, de nivel **aplicativo**, nos llevará a buscar alternativas de solución a las necesidades o problemas que tengan los pacientes con TB y TB-MDR, permitiendo mejorar la práctica del equipo de salud responsable de la ESN-PCT y el método utilizado es **descriptivo univariable de corte transversal**, ya que nos permite obtener información tal y como se observa en la realidad.

#### B. ÁREA DE ESTUDIO

La investigación se llevó a cabo en el C.S. “Madre Teresa de Calcuta” siendo un establecimiento que pertenece a la MICRORED 01 de la DISA IV Lima-Este. En cuanto a su infraestructura cuenta con cuatro pisos en el que están distribuidos los diferentes consultorios: en el primer piso se encuentra Admisión, Triage, Tópico, Farmacia, Rayos X, Seguro Integral de Salud y la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis (ESN-PCT); en el segundo piso, Laboratorio, Odontología, Consultorio 3,4,6, Obstetricia, CRED – ESNI, en el tercer piso, Jefatura, Administración, Estadística, Auditorio, Consultorio 7; en el cuarto piso, Servicio Social, Nutrición, Consultorio 12, Psicología, CERETSS, Almacén y Auditorio de CERETSS.

La ESN-PCT brinda atención integral a 99 pacientes de lunes a sábado de las 8:00 am hasta las 8:00pm, es dirigido por el médico jefe del C.S.



y el personal responsable, es la Lic. En Enfermería, quien es responsable de educar y concienciar sobre la enfermedad, tratamiento y control al paciente, familia y comunidad, labora en el Turno de mañana junto con 2 personas técnicas en enfermería y por la tarde brinda atención 1 personal técnico en enfermería.

### **C. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población en estudio estuvo conformada por pacientes asistentes a la ESN – PCT del Centro de Salud “Madre Teresa de Calcuta” siendo en total 95 pacientes (Esquema I: 54, Esquema II: 21 , Esquema MDR: 20), teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.

Se calculó el tamaño muestral resultando 48 pacientes (Ver anexo C). Sin embargo, el tamaño de la muestra es sensible al error y nivel de confianza que definamos; es decir, a menor error mayor nivel de confianza, mayor tamaño de muestra requerida para representar a la población (19).

Por lo tanto se decidió trabajar con toda la población (95 pacientes), por no ser tan numerosa.

#### **Criterios De Inclusión:**

- Personas con diagnóstico de TB o TB-MDR, que estén con tratamiento antituberculoso en el CS “Madre Teresa de Calcuta”
- Pacientes mayores de 14 años.
- Ambos géneros.
- Que los pacientes acepten voluntariamente su participación en el estudio

#### **Criterios De Exclusión:**

- Pacientes menores de 14 años.

- Pacientes que no reciben tratamiento antituberculoso en el CS “Madre Teresa de Calcuta”
- Que los pacientes no acepten su participación en el estudio.

#### **D. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

La técnica e Instrumento que se utilizó en el presente estudio de investigación fue la entrevista y formulario estructurado respectivamente, lo que permitió medir los conocimientos de los pacientes sobre la tuberculosis multidrogorresistente.

El formulario consta de 3 partes: La primera parte es la introducción donde se menciona el título, los objetivos, la importancia de la participación y el agradecimiento. La segunda, corresponde a 5 preguntas sobre datos generales del paciente, por ende no tiene puntaje. La tercera, consta de 25 preguntas cerradas con alternativas múltiples que evalúan el nivel de conocimiento sobre tuberculosis multidrogorresistente, en tal sentido tiene puntaje que es acumulativo (Ver anexo A) Teniendo finalmente un puntaje mínimo de 0 hasta un máximo de 25 puntos.

#### **E. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO:**

La validez del instrumento se realizó mediante el juicio de expertos, participaron 7 profesionales de salud quienes laboran en la ESN-PCT en diferentes centros de salud (“Max Arias Schereiber”, “San Luis” y “Laura Caller”), docentes de investigación en Enfermería de la U.N.M.S.M. cuyas opiniones sirvieron para mejorar el instrumento. Los puntajes fueron sometidos a la Prueba Binomial, encontrándose que el error de significancia no supera los valores establecidos para  $p > 0.05$  (Ver anexo D). Por lo que el instrumento es válido.

La confiabilidad del instrumento se determinó mediante la aplicación de una prueba piloto que se realizó a 15 pacientes que asisten a la ESN - PCT del Centro de Salud "Laura Caller", los cuales no fueron partícipes de la recolección propiamente. La información obtenida fue analizada para verificar la confiabilidad del instrumento mediante el coeficiente de Kuder-Richarson. (Ver anexo E), es así que el instrumento quedó listo y es confiable.

## **F. RECOLECCIÓN, PROCESAMIENTO Y PRESENTACIÓN DE DATOS**

La recolección de datos se realizó solicitando autorización a la DISA VI Lima - Este, mediante una solicitud donde se dio a conocer el tema, los objetivos de estudio y el tiempo que durará la recolección de datos.

La recolección de los datos se realizó durante la tercera semana de diciembre en el horario de 2:00am a 8:00pm y la cuarta semana, de 8.00am a 4:00pm, con un tiempo de 20 min. por formulario.

Luego de la recolección de datos, estos fueron procesados en forma manual mediante el sistema de paloteo a una tabla matriz codificada. Una vez obtenidos los datos se estableció los valores que se otorgaron al conocimiento mediante la Escala de Stanones y la curva de Gauss (Ver anexo F), estableciendo las siguientes categorías.

CONOCIMIENTO ALTO: 15-25 puntos.

CONOCIMIENTO MEDIO: 9-14 puntos.

CONOCIMIENTO BAJO: 0-8 puntos.

La presentación de los datos es dió mediante gráficos y cuadros estadísticos.

## **G. PLAN DE ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS**

El análisis y la interpretación de los datos se realizaron una vez presentado los resultados en gráficos y cuadros estadísticos.

## **H. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

Para la realización del estudio de investigación se tomaron en cuenta:

**Respeto a las personas**, las entrevistas se realizaron presentando los objetivos y el propósito de la investigación

**Consentimiento informado**, fue tomado como criterio de inclusión el hecho de que hubieran estados dispuestos a brindar la información veraz y objetiva de manera voluntaria teniendo en cuenta la privacidad individual (Ver Anexo B)

**Protección de Confidencialidad**, se les informo a los entrevistados que la información seria utilizada con mucha discreción y los resultados serian expresados cuantitativamente sin hacer referencia a los nombres y su uso se restringiría solo a la investigación.

## CAPITULO III

### RESULTADOS Y DISCUCIÓN

#### A. DATOS GENERALES

Luego de haber recolectado los datos, mediante la aplicación del instrumento, estos fueron tabularon manualmente y se almacenaron en una base de datos siendo procesados estadísticamente y presentados en gráficos y para su respectivo análisis e interpretación.

La distribución de la población por **grupos de edad** fue la siguiente: De un total de 95 (100%) pacientes; 60 (63.15%), tienen de 20 a 44 años; 18 (18.94%), de 45 a 59; 8 (8.42%), de 15 a 19 años; y 9 (9.47%), de 60 a más. Siendo el promedio de edad 37,67 años (Ver Anexo H).

Se observa que existe un alto porcentaje de pacientes jóvenes y adultos jóvenes, evidenciándose que la tuberculosis es una enfermedad infectocontagiosa que afecta a cualquier grupo etáreo.

La distribución de la población **según el sexo** muestra que de un total de 95 (100%) pacientes, un mayor porcentaje es de sexo masculino con 63 (66.32%) pacientes frente al sexo femenino con 32 (33.68%) pacientes, describiéndose casi 1.9 varones por cada mujer (Ver anexo I)

Se observa que el mayor porcentaje es para pacientes con sexo masculino, pero existe también una cifra considerable, con sexo femenino.

La distribución de la población según el **grado de instrucción** fue la siguiente: De un total de 95 (100%) pacientes; 61 (64,21%), tienen nivel secundario, seguido de 23 (24,21%), con nivel primario; 10 (10,52%), con nivel superior y 1 (1,05%), otros (analfabeto) (Ver anexo J)

La OPS refiere que el nivel de educación ha mejorado en América Latina Y e Caribe durante los últimos veinte años. La proporción de adolescentes de 10 años que asiste a la escuela es mayor del 70% en la mayoría de los países, sin embargo esta cifra baja a los 15 años de edad y a los 20 años solo el 20 % permanece en el sistema escolar, ámbito donde es posible fomentar la salud, resultado similar a lo expuesto anteriormente ya que observamos que la gran mayoría estudió sólo hasta el nivel secundario, seguido del nivel primario y muy pocos el nivel superior.

La distribución de la población **según ocupación** muestra que de un total de 95 (100%) pacientes 35 (36,84%), no trabaja, 28 (29,47%) tienen un trabajo informal, 16 (16,84%) son estudiantes, 11 (11,58%) son obreros y 5 (5,26 %), son empleados (Ver Anexo K)

La desocupación, la falta de empleo y el subempleo son determinantes para el incremento de la pobreza y la propagación de enfermedades infectocontagiosas lo que aumenta cuando se trabaja en deficiencias higiénicas sanitarias, tales como ventilación inadecuada, hacinamiento, humedad pobre iluminación, así como jornadas extenuantes y prolongadas de trabajo, además se encontró la asociación de casi el doble entre el hecho de poseer un empleo padecer tuberculosis.

Acerca de la **información recibida sobre Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR)**, de un total de 95 (100%) pacientes 53 (55,78%), manifestaron haber recibido algún tipo de información, mientras que 42 (44,21%), no recibieron información alguna. De los

que recibieron información 9 (16,66%) fueron dados por parientes; 7 (13,20%), por medios de comunicación; 17 (32,07%), por médicos, 19 (35,84%), por enfermeras y 1 (1,88%), por otros (psicóloga) (Ver Anexo L).

La información y educación para la salud comprende oportunidades de aprendizaje consciente destinadas a mejorar el conocimiento, instrumento que permitirá adoptar nuevos modos de comportamientos saludables con la finalidad de promover el autocuidado y mejorar la salud, evitando percepciones erradas de la enfermedad, recaídas, resistencia a los fármacos y muerte.

Albert Bandura, Psicólogo del comportamiento humano, en su Teoría del aprendizaje social analiza la permanente y dinámica interacción entre el comportamiento y el ambiente que rodea a la persona, enlazados por lo que denomina un 'determinismo recíproco'.

Bandura estudia el aprendizaje a través de la observación y del autocontrol y da una importancia muy relevante al papel que juegan los medios (el 'aprendizaje mediatizado'). Los medios de comunicación no sólo son susceptibles de ser observados, sino que actúan sobre los procesos psicológicos de la persona en la medida que crean imágenes, representaciones, modelaciones de la realidad, por lo que, consecuentemente, producen o modifican las conductas y el mecanismo cognitivo que precede a las conductas. A través de los medios, esto es, mediante el cambio del medio ambiente social, se pueden variar los comportamientos. Además, los medios, especialmente los audiovisuales, cada vez más determinantes en la percepción de lo exterior, reproducen en sus prácticas narrativas los elementos básicos que desencadenan la actividad de la observación. Al tiempo, son capaces de fijar ciertas marcas o referencias que

instruyen los mecanismos de autocontrol del individuo en sus comportamientos.

El trabajador de salud, principalmente la enfermera responsable de la ESN-PCT, quien tiene como objetivo educar a la persona con tuberculosis y familia sobre la enfermedad, debe comunicarse de manera clara, y completa empleando estrategias de comunicación efectivas como medios audiovisuales y otros, ya que según Bandura el aprendizaje se da a través de la observación. Además debe brindarles apoyo desde el momento del diagnóstico durante todo el proceso de tratamiento, hasta que el paciente se cure y salga de alta.

Al respecto se observa que aún existe un alto porcentaje de pacientes que no recibieron información alguna sobre TB-MDR, representado casi en un 50 %, predisponiéndolos a no ser partícipes de su autocuidado.

Por lo tanto se puede evidenciar que la Tuberculosis Multidrogorresistente es una enfermedad infectocontagiosa que afecta a cualquier grupo etáreo con predominancia en el sexo masculino, observándose que el mayor porcentaje se presenta en adultos y adultos jóvenes, población considerada económicamente activa (PEA) 15-44 años, este grupo de edad frente al creciente deterioro económico del país, toman oportunidades de laborar en ambientes que no siempre brindan las condiciones óptimas para el desarrollo de su práctica de trabajo y que podrían incrementar el riesgo de transmisión de enfermedades y de otros problemas de salud, en muchas ocasiones el fallecimiento o la discapacidad de un adulto inserto en el mundo laboral afecta también a su entorno familiar más inmediato porque la tuberculosis se da sobre todo en aquellas familias en las que el afectado aporta los recursos económicos necesarios para su sostén.



Además un alto porcentaje de pacientes refieren no haber recibido información alguna sobre tuberculosis multidrogorresistente, cifra alarmante y preocupante ya que la información y educación a las personas con Tuberculosis, en todas sus formas, y sus familiares es fundamental y parte decisiva del tratamiento y recuperación del paciente.

## **B. DATOS ESPECÍFICOS**

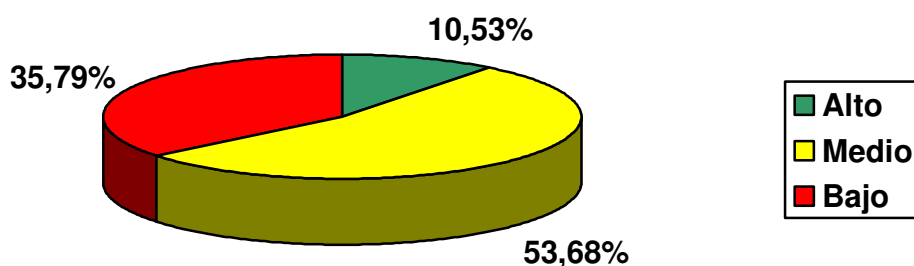
En el gráfico N° 01, se observa que de un total de 95 (100%) pacientes con tuberculosis, 51 (53,68%), tienen un conocimiento medio, seguido de 34 (35,79%), un conocimiento bajo y sólo 10 (10,53%) un conocimiento alto.

La Tuberculosis es un problema importante de salud pública; un tercio de la población mundial ha sido infectada y esta en riesgo de enfermar en algún momento de su vida, nueve millones de personas enferman anualmente y cada enfermo transmitirá la enfermedad a 10 ó 15 personas si no recibe tratamiento. La OMS calcula que cada año mueren de tuberculosis entre un millón y medio y dos millones de personas. Todas ellas son muertes evitables, en la actualidad casi nadie tiene por qué morir de tuberculosis.

Esta enfermedad no solo crece de manera incontrolable, sino que en estas últimas décadas el bacilo de Koch se ha vuelto muy resistente al tratamiento. El aumento de la resistencia a fármacos hasta hace poco limitada a pacientes con VIH (+), existe actualmente en casi todos los países. Si un paciente muestra resistencia a por lo menos dos fármacos (isoniazida y rifampicina) las posibilidades de curación con el tratamiento normal son muy bajas y el riesgo de muerte aumenta.

### GRÁFICO Nº 01

**Nivel de Conocimientos Sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de Pacientes que Asisten a la ESN – PCT del CS. “Madre Teresa de Calcuta”2008.**



**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.

La Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) es un problema creciente a nivel mundial. Nuestro país no es ajeno a esta situación, considerado uno de los 8 países en el mundo con mayor número de pacientes afectados con TB-MDR, la forma más grave de la tuberculosis según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), anunciaba que el 20 % de la población afectada por tuberculosis es multidrogorresistente (casi 3% de casos entre los pacientes no tratados previamente y aproximadamente 15% de casos entre aquellos que tienen tratamiento previo). Además dio otra información sobre la aparición de un nuevo tipo de TB-MDR conocido

como Tuberculosis XDR, que es casi imposible de ser tratada en países de desarrollo y está presente en 45 países.

El conocimiento es una capacidad humana, su transmisión implica un proceso intelectual de enseñanza y aprendizaje. Para Muñoz Seca y Riverola (1997) el “conocimiento es la capacidad de resolver un determinado conjunto de problemas con una efectividad determinada”. Según George Millar y Ulric Neisser plantean que el conocimiento es un instrumento que nos permite orientar nuestro comportamiento en la realidad.

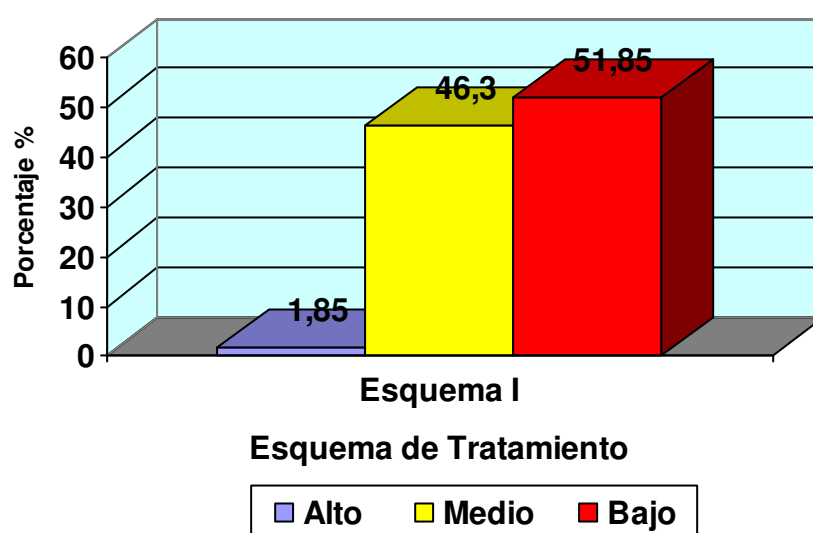
También se dice que la adquisición del conocimiento esta en los medios intelectuales de un hombre (observación, memoria, capacidad de juicio, etc.) es por ello que se conocen dos tipos de conocimiento: el vulgar y el científico; en este grupo estudiado se puede ver que si bien tienen algunos conocimientos científicos, prima más el conocimiento vulgar, que es el conocimiento ingenuo que se adquiere en contacto directo con las cosas o personas que lo rodean, es decir que el hombre aprende del medio, mientras que el conocimiento científico se obtiene mediante procedimientos con pretensión de validez, utilizando la reflexión, los razonamientos lógicos y respondiendo una búsqueda intencional por el cual se delimita a los objetos y se previene los métodos de indagación. Lo cual hace pensar que los pacientes interpretan su enfermedad en base a su conocimiento común, predisponiéndose a agravamiento de la enfermedad y un mayor riesgo de mortalidad.

En el Gráfico N° 02 referido a “Conocimientos sobre tuberculosis Multidrogorresistente de los pacientes con Esquema I que asisten a la ESN-PCT del CS Madre Teresa de Calcuta”, se evidencia que de un total de 54 (100%) pacientes 28(51,85%), tiene un conocimiento bajo,

seguido de 25(46,30%), con conocimiento medio y sólo 1 (1.85%) cuentan con conocimiento alto.

## GRÁFICO N °02

**Nivel de Conocimientos Sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de Pacientes con Esquema I de Tratamiento que Asisten a la ESN – PCT del CS. “Madre Teresa De Calcuta”**  
**Lima- Perú**  
**2008**



**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.

El tratamiento antituberculosis se basa en diversos regimenes de terapia combinada (varios medicamentos) y que ha ido mejorando en el transcurso de los años, teniendo en cuenta tres propiedades

fundamentales de los medicamentos antituberculosos: capacidad bactericida, capacidad esterilizante y capacidad de prevenir la resistencia.

El Esquema Uno, es el tipo de tratamiento para aquellas personas con tuberculosis sin antecedente de haber recibido tratamiento antituberculosis previo; es decir, aquellos pacientes nuevos, nunca tratados, o si recibieron este fue por menos de 30 días consecutivos y cuya duración es 6 meses.

Según los resultados se observa que casi el 100% de pacientes tiene un conocimiento entre bajo y medio, cifra preocupante, ya que siendo pacientes infectados nuevos con tuberculosis, deben ser informados de la enfermedad en todas sus formas, más aún sobre la TB-MDR, considerada forma más grave de la tuberculosis, enfatizando importancia del tratamiento (adherencia), factores riesgo y complicaciones si es que no se cumplen las normas establecidas para el tratamiento, predisponiendo a que los pacientes no sean partícipes de su autocuidado (es decir, no se adhieren al tratamiento y contribuyendo a sufrir recaídas, abandonos y resistencia a medicamentos).

El autocuidado según D. Orem "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar". Además, plantea que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda: actuar compensando déficits, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo.

Por lo que podemos deducir que la enfermera, responsable de la ESN-PCT no conoce o simplemente no estaría haciendo uso completamente de estos métodos de ayuda planteados por Orem.

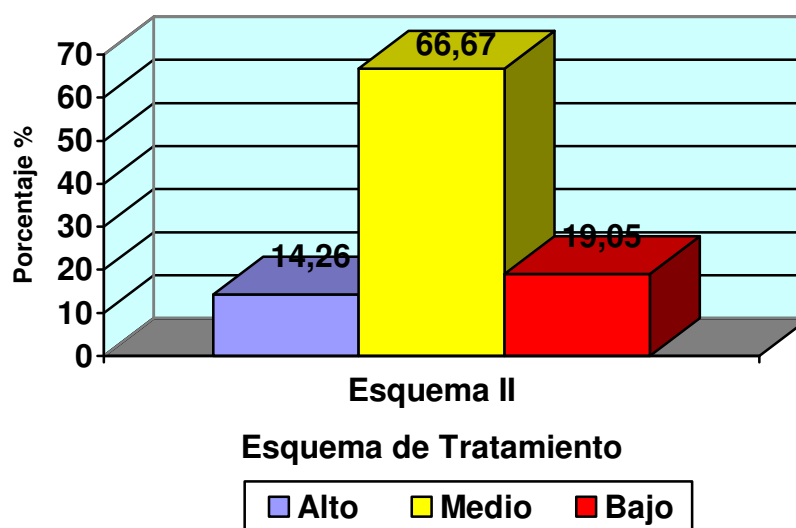
En el Gráfico N° 03 referido a “Conocimientos sobre tuberculosis Multidrogorresistente de los pacientes con Esquema II que asisten a la ESN-PCT del CS Madre Teresa de Calcuta”, se evidencia que de un total de 21 (100%) pacientes 14(66,67%) cuentan con conocimiento medio, seguido de 4(19,05%), con conocimiento bajo y sólo 3 (14,26%) con conocimiento alto.

### GRÁFICO N °03

**Nivel de Conocimientos Sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de Pacientes con Esquema II de Tratamiento que Asisten a la ESN – PCT del CS. “Madre Teresa De Calcuta”**

**Lima- Perú**

**2008**



**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.

Esquema Dos, tratamiento para personas con tuberculosis antes tratados, quienes tienen el antecedente de haber recibido tratamiento antituberculosis por mas de 30 días, incluyendo recaídas y abandonos recuperados.

La emergencia de de *Mycobacterium tuberculosis* resistente a drogas ha sido asociado a una variedad de factores dependientes de la atención de salud y a factores relacionados a los pacientes. En muchos países incluyen factores del programa de control de tuberculosis, como la ausencia de regimenes terapéuticos estandarizados o pobre implementación del programa combinado con falta prolongada de abastecimiento de drogas, en países con recursos inadecuados o políticas inestables. Pueden ocurrir problemas de selección de tratamiento, algunas veces debido a falta de conocimiento de tratamientos previos, ignorancia de régimen estandarizado. Un estudio realizado en New Cork, se concluyó que una historia de tratamiento antituberculoso previo, fue un fuerte predictor de la presencia de microorganismos resistentes (20)

Según los resultados se evidencia que la gran mayoría, más del 60 %, tiene un conocimiento medio y cifra significativa con conocimiento bajo, resultado preocupante, según lo planteado estos pacientes se encuentran con mayor riesgo de sufrir abandonos, recaídas y resistencia a medicamentos y adquirir la forma más grave de tuberculosis (TB-MDR), generados por el déficit de autocuidado.

La Teoría del Déficit de Autocuidado planteada por D. Orem describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

Además H. Peplao, destaca la importancia del enfermero (a) durante el "proceso interpersonal", al que define como terapéutico, y en la que resalta la influencia de su personalidad en el aprendizaje.

Por lo que podemos deducir que siendo pacientes antes tratados y sometidos a limitaciones a causa de su salud no pueden asumir su autocuidado, por lo que es necesario la intervención de la enfermero(a) destacando la importancia del proceso interpersonal con el paciente, al que Peplao define como terapéutico.

En el Gráfico N° 04 referido a "Conocimientos sobre tuberculosis Multidrogorresistente de los pacientes del Esquema MDR de tratamiento que asisten a la ESN-PCT del CS Madre Teresa de Calcuta", se evidencia que de un total de 20(100%) pacientes 12(60%) cuenta con un conocimiento medio, seguido de 6(30%), con conocimiento alto y 2 (10%) con conocimiento bajo.

La Tuberculosis Multidrogorresistente (TB-MDR) considerada forma más grave de la tuberculosis, según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que no responde a por lo menos dos de los principales medicamentos contra esta enfermedad (isoniazida y rifampicina). La multirresistencia ha aumentado significativamente, hasta alcanzar en algunas zonas el 35 % del total de casos de registrados.

Según la OMS, la tuberculosis causó la muerte de 1,7 millones de personas en todo el mundo en el 2006. Además dio otra información sobre la aparición de un nuevo tipo de Tuberculosis XDR, que es casi imposible de ser tratada en países en desarrollo. Según un estudio surcoreano, publicado en "American Journal of Respiratory and Critical care Medicine", estas tasa de mortalidad son similares a las que se daban antes del descubrimiento de la estreptomycin en 1943, el primer antibiótico de la historia contra esta enfermedad (5).

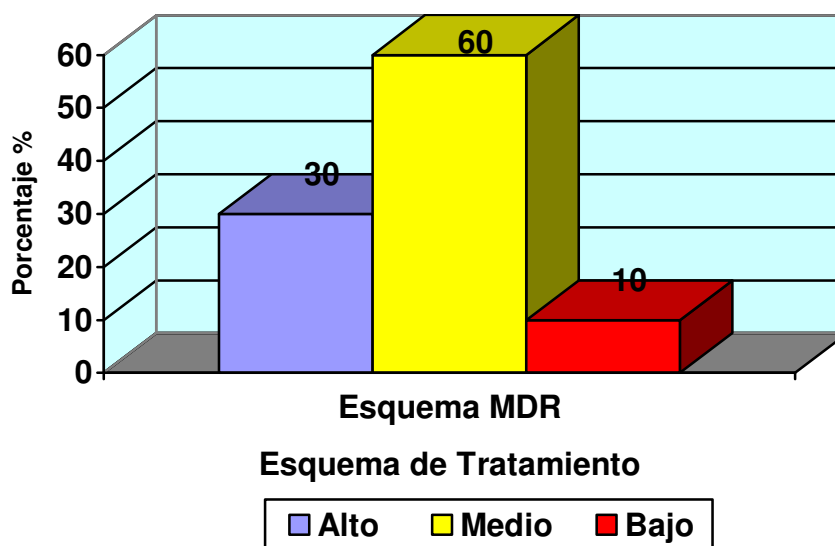


#### GRÁFICO N º04

### Nivel de Conocimientos Sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de Pacientes con Esquema MDR de Tratamiento que Asisten a la ESN – PCT del CS. “Madre Teresa De Calcuta”

Lima- Perú

2008



**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.

Según los resultados se evidencia que existe un gran porcentaje de pacientes con conocimiento medio, pero no deja de alarmarnos que aún existen pacientes con conocimiento bajo, siendo este ultimo preocupante debido a que un conocimiento bajo y/o medio, hace que el paciente, no participe en la patogénesis de esta forma grave de infección, es decir no sea participe de su autocuidado, lo que hace

pensar que el desconocimiento sobre la enfermedad va a condicionar a que se generen conductas con riesgo durante el proceso del tratamiento conllevándolos a la muerte.

Orem define el objetivo de la enfermería como: " Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además debe ponerse énfasis en la relación interpersonal con el paciente, ya que estos pacientes conviven con la TB-MDR, la forma más grave de la tuberculosis.

Peplao señala que se debe tener en cuenta 4 fases durante la relación enfermera – paciente: Orientación, durante la fase de orientación, el individuo tiene una necesidad percibida y busca asistencia profesional. La enfermera ayuda al paciente a reconocer y entender su problema. Identificación, la enfermera facilita la exploración de los sentimientos para ayudar al paciente a sobrellevar la enfermedad. Aprovechamiento, el paciente intenta sacar el mayor beneficio posible de lo que se le ofrece a través de la relación. Resolución, las antiguas metas se van dejando gradualmente de lado a medida que se adoptan otras nuevas.

Por lo tanto, de todo lo expuesto anteriormente se deduce que es necesario y fundamental la educación a pacientes con tuberculosis sobre la enfermedad en todas sus formas: TB-Simple, TB-MDR, TB-XDR, ya que una irregularidad en el proceso de tratamiento, puede conllevarlos a recaídas, resistencia a los medicamentos e incluso perder la vida. Además se incrementa la predisposición a contagio a los demás miembros de la familia y comunidad.

## **CAPITULO IV**

### **CONCLUSIONES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **CONCLUSIONES**

Luego de realizado el presente estudio de investigación se formula las siguientes conclusiones generales:

- El nivel de conocimientos sobre Tuberculosis Multidrogorresistente que predomina en los pacientes que asisten a la ESN- PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” es entre medio y bajo, lo que condiciona ha no asumir una conducta preventiva y de control, predisponiendo al agravamiento de la enfermedad.
- En el Esquema I, el nivel de conocimiento de los pacientes sobre Tuberculosis Multidrogorresistente es predominantemente bajo, lo que hace pensar que no estarían recibiendo la información completa por parte del personal de salud responsable de la ESN-PCT.
- En el Esquema II, el nivel de conocimiento de los pacientes sobre tuberculosis multidrogorresistente es predominantemente entre medio y bajo, resultado preocupante ya que estos pacientes con antecedente de

tratamiento previo tienen mayor riesgo de ser portadores de tuberculosis resistente a antibióticos.

- En el Esquema MDR el nivel de conocimiento de los pacientes sobre Tuberculosis multidrogorresistente es predominantemente medio, existiendo pacientes con conocimiento bajo, resultado alarmante ya que estos pacientes al tener esta forma grave de tuberculosis, están predispuestos a adquirir la TB-XDR e inclusive conllevarlos a la muerte.
- En general se determinó que en los diferentes esquemas de tratamiento en promedio se evidencia que poseen un conocimiento entre medio y bajo, lo que puede condicionar a que los pacientes generen conductas con riesgo durante la enfermedad, favoreciendo recaídas, abandono del tratamiento y resistencia a los medicamentos incrementando la duración del tratamiento e inclusive llevarlos a perder la vida. Además se incrementa la predisposición a contagio a los demás miembros de la familia y comunidad.

## **LIMITACIONES**

- Los hallazgos solo son generalizables a la población en estudio.
- Demora en el trámite administrativo en DISA IV Lima –Este y CS “Madre Teresa de la Calcuta”
- Falta de apoyo en algunas ocasiones por el personal de salud del C.S.

- Dificultad para revisar los informes operacionales de tuberculosis.
- En algunas ocasiones falta de colaboración por parte de algunos pacientes, por motivo de estar limitados por el tiempo.

## **RECOMENDACIONES**

- A los profesionales de Enfermería y en general a todo el equipo de salud fomentar la educación y las actividades preventivo promocionales respecto a la prevención de la tuberculosis (en todas sus formas) en pacientes con tuberculosis, familiares y la comunidad, teniendo en cuenta que primero se debe indagar el conocimiento de los mismos, debido a la diversidad cultural que existe en nuestro país, encontraremos una serie de creencias y costumbres que va variando según las características demográficas de la población (sexo, grado de instrucción, lugar de procedencia, etc.).
- En pacientes con Esquema I, brindar información completa y detallada sobre Tuberculosis en todas sus formas, poniendo énfasis en: definición, etiología, epidemiología, factores de riesgo, detección y diagnóstico, tratamiento farmacológico y medidas preventivas de la TB-MDR.
- En pacientes con Esquema II, brindar información sobre TB-MDR con énfasis sobre la: etiología, detección y diagnóstico,

factores de riesgo, tratamiento farmacológico y medidas preventivas de la enfermedad.

- En pacientes con TB-MDR, brindar información sobre TB-MDR con énfasis sobre: factores de riesgo, tratamiento farmacológico y medidas preventivas para evitar TB - XDR.
- Fomentar la creación de grupos de apoyo entre los pacientes de la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” a fin de que socialicen sus experiencias con otros de reciente ingreso, y logren sensibilizarlos sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento y las medidas preventivas para evitar la Tuberculosis en todas sus formas.
- Realizar estudios similares en otras poblaciones para identificar el nivel de conocimientos y si las ponen en práctica, para así poder brindar educación necesaria.
- A los futuros profesionales de salud alumnos, internos de enfermería incentivar y fortalecer las actividades educativas mejorando las metodologías participativas en los pacientes con tuberculosis, familia y comunidad.
- Implementar programas educativos en instituciones, escuelas, institutos, universidades, centros de trabajo, sin descuidar la educación individual y colectiva, llegar a consultorios públicos y privados, salas de espera, hospitales entre otros; establecer coordinaciones efectivas con sindicatos, escuelas, empresas, organismos religiosos, comedores, vasos de leche, organizaciones no

gubernamentales, etc. , sobre cómo prevenir la tuberculosis en todas sus formas, considerada enfermedad infectocontagiosa, de tal manera que la población este informada sobre las medidas preventivas y contribuyan a la disminución de riesgos de contagio.

- La educación del público es de tanta o mayor trascendencia puesto que su participación es esencial para el diagnóstico precoz y para obtener un control adecuado de la Tuberculosis en todas sus formas, ya que la tuberculosis es un problema de salud público.

## REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

- (1) MINSA - OFICINA GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA. Boletín Epidemiológico semanal. Vol. XIV- Nº 31-2005.pp.01.
- (2) MINSA. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis. 1ra ed. Lima. 2006. pp.15.
- (3) OPCIT (1).
- (4) <http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/11/07/biociencia/1226054239.html>.p.01.
- (5) MINSA. Norma técnica de salud para el control de la tuberculosis. 1ra ed. Lima. 2006. p.23.
- (6) VILLAMAR ARCE, Sheila Yahily. “Relación entre conocimientos y prácticas de medidas preventivas y recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar en el CS de Lima octubre-diciembre”.2004. p.26.
- (7) G FERRARA, L RICHELDI Y COL.”Manejo de la tuberculosis multirresistente en Italia”.Int J Tuberc Lung dis 9 (5):.2005.p.507.
- (8) ECC SOARES, AGF PACHECO Y COL.”Mejoras en las tasas de tratamiento exitoso con el tratamiento directamente



- observado en la Ciudad de Río de Janeiro. Int J Tuberc Lung Dis 10 (6). 2006.p.690.
- (9) SSMUNSIFF, SD AHUJA. "Colaboración publica-privada para el control de la tuberculosis multirresistente en la ciudad de Nueva York. Int J Tuberc Lung Dis; 10 (6).2006.p.639.
- (10) BOHORQUEZ CHAUPIS, Cristina del Pilar y RIVAS RONDON, Jenny Cecilia. "Conocimientos acerca de la tuberculosis pulmonar que tienen los familiares de los pacientes registrados en el programa de control de tuberculosis del CS Conde de la Vega Baja". 1997. pp.30.
- (11) RAMÍREZ CARRASCAL, Henry Omar. "Las Representaciones Sociales del Paciente Multidrogorresistente a la Tuberculosis Pulmonar en el CS Conde de la Vega Baja cercado de Lima" 2002. p.15.
- (12) VILLAMAR ARCE, Sheila Yahily. "Relación entre conocimientos y prácticas de medidas preventivas y recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar en el CS de Lima octubre-diciembre.2004.p.60
- (13) HERRERA LEMA, Enrique Vidal. "Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de la familia en la prevención de la Tuberculosis. 2006. p.25.
- (14) BRAVO CHAUPIS, Edson E. "Actitudes del paciente con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente en el C.S. Fortaleza. Lima - Perú".2008.p.50.

- (15) BELTRÁN, Jesús y otros. *Psicología de la educación*. Madrid: Eudema (Ediciones de la Universidad Complutense de Madrid), 1995.p.35.
- (16) BUNGE, Mario. "La Ciencia su Método y su Filosofía". Ed. Inca Gracilazo de la Vega. 2002.p.10
- (17) QUINTERO, G. Algunos aspectos Higiénico-Sociales de la Gerontología. Rev. Cub. Adm.Salud, 10.Julio-Septiembre.1984.p.243.
- (18) KART, Toman. Tuberculosis, Detección de casos, Tratamiento y Vigilancia. 2da ed .Washington. 2006. p.123.
- (19) HERNANDEZ, Sampieri y Col."Metodología de la investigación". 4ta. Ed. Mc Graw Hill.México.2006.p.247.
- (20) DEL RIO MENDOZA Jenny y Col."Factores de riesgo para tuberculosis multidrogorresistente en la provincia de Ica". Dirección Regional de Salud. Ica.2002. p.200.

## **BIBLIOGRAFÍA**

BELTRÁN, Jesús y otros. Psicología de la educación. Madrid: Eudema (Ediciones de la Universidad Complutense de Madrid), 1995.

BOHORQUEZ CHAUPIS, Cristina del Pilar y RIVAS RONDON, Jenny Cecilia. "Conocimientos acerca de la tuberculosis pulmonar que tienen los familiares de los pacientes registrados en el programa de control de tuberculosis del CS Conde de la Vega Baja". 1997.

BRAVO CHAUPIS, Edson E. "Actitudes del paciente con tuberculosis hacia su condición de multidrogorresistente en el C.S. Fortaleza. Lima - Perú".2008.

BUNGE, Mario. "La Ciencia su Método y su Filosofía". Ed. Inca Gracilazo de la Vega. 2002.

CANALES, Francisco y col. Metodología de la Investigación. Ed. Limusa.Mexico, 1986.

DEL RIO MENDOZA Jenny, CASTILLO Graciela."Factores de riesgo para tuberculosis multidrogorresistente en la provincia de Ica."Dirección Regional de Salud. Ica.2002.

HARRISON. Principios de Medicina Interna.16 ed.vol II. Mac Graw Hill.2006

HERNANDEZ, Sampieri y col. "Metodología de la Investigación". 3er Ed. México Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2003

HERRERA LEMA, Enrique Vidal. "Nivel de conocimientos, actitudes y prácticas de la familia en la prevención de la Tuberculosis. 2006.

KART, Toman. Tuberculosis, Detección de casos, Tratamiento y Vigilancia. 2da ed .Washington. 2006.

MARRINER TOMEY A. Y RAILE ALLIGOOD, M. Modelos y Teorías en Enfermería. Ed. Harcourt Brace de España, S.A. 4 ta.ed. España.1999.

MINSA. Actualización de Doctrinas, Normas de Procedimientos y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en el Perú.2006.

MINSA. El Laboratorio de Salud Pública frente a la emergencia de Tuberculosis Resistente.2001.

MINSA. Rotafólio IECA (Información, Educación, Capacitación y Abogacía) de PARTNERS. Tuberculosis. Lima. 2004.

OREM, D.E. (1995). Nursing: Concepts of practice (5 th ed.). St Louis: Mosby.

POLIT, Hungler. "La Investigación científica en Salud". 6ta. Ed. Mc Graw Hill Interamericana. 2000.

RAMÍREZ CARRASCAL, Henry Omar. "Las Representaciones Sociales del Paciente Multidrogorresistente a la Tuberculosis Pulmonar en el CS Conde de la Vega Baja cercado de Lima" 2002

SIERRA BRAVO. R. "Tesis Doctorales y Trabajos de Investigación Científica". 4ta.ed. Editorial Paraninfo S.A. España.1996.

TORRES BARDALES C. "Orientación Básica de Metodología de la Investigación Científica". 7ma.ed. Lima-Perú 2000.

VELASQUEZ, Fernández y col. "Metodología de la Investigación Científica". Lima. Ed. San Marcos.2000.

VERA MENDOZA, Martha N."Significado de la calidad de vida del adulto mayor para si mismo y para su familia en el CS. CLAS "Laura Caller Iberico".Lima-Perú.2004-2006.

VILLAMAR ARCE, Sheila Yahily. "Relación entre conocimientos y prácticas de medidas preventivas y recaídas en adolescentes con tuberculosis pulmonar en el CS de Lima octubre-diciembre".2004.

## **HEMEROGRAFÍA**

ECC SOARES, AGF PACHECO Y COL."Mejoras en las tasas de tratamiento exitoso con el tratamiento directamente observado en la Ciudad de Río de Janeiro. Int J Tuberc Lung Dis 10 (6).2006.

G FERRARA, L RICHELDI Y COL."Manejo de la tuberculosis multirresistente en Italia".Int J Tuberc Lung dis 9 (5) .2005.

Revista de la Sociedad de Neumología. Vol.49. Nº3 .Octubre – Diciembre2005.

SALVADOR SAID. "Tuberculosis causada por cepas de Mycobacterium tuberculosis drogorresistentes". Enfermedades Emergentes.7 (1).2005

SSMUNSIFF, SD AHUJA. "Colaboración publica-privada para el control de la tuberculosis multirresistente en la ciudad de Nueva York. Int J Tuberc Lung Dis; 10 (6). 2006.

## **INTERNETGRAFÍA**

<http://www.elmundo.es/elmundosalud/2008/11/07/biociencia/1226054239.html>.

<http://www.latat.org.ar/revista/vol68huber.htm>.

[http://www.tacna.minsa.gob.pe/epidemiologia/2007/Bol\\_SE\\_22doc+tuberculosis+multidrogorresistente](http://www.tacna.minsa.gob.pe/epidemiologia/2007/Bol_SE_22doc+tuberculosis+multidrogorresistente).

[http://www.minsa.gob.pe/portal/campanas/2006/03tbc/tbc\\_descargas](http://www.minsa.gob.pe/portal/campanas/2006/03tbc/tbc_descargas).

# **ANEXOS**

## ANEXO A

### FORMULARIO

FECHA:.....

Nº DE FICHA:.....

#### I. INTRODUCCION:

Muy buenos días soy estudiante de enfermería de la UNMSM, en esta oportunidad le presento un formulario que forma parte de un estudio de investigación titulado “Nivel de conocimientos sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de los pacientes que asisten a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Tuberculosis del CS “Madre Teresa de Calcuta” cuyo objetivo es determinar el nivel de conocimientos que tienen los pacientes sobre la enfermedad, tratamiento farmacológico, detección y diagnóstico y medidas de prevención.

Los resultados que se obtengan del presente estudio servirán para constituir propuestas en la que se ponga de manifiesto la educación para la salud, en base de medidas preventivas de la tuberculosis multidrogorresistente por lo cual pido su colaboración.

El formulario es anónimo y confidencial por lo que se le solicita que sus respuestas sean dadas con la mayor sinceridad posible.

#### II. DATOS GENERALES DEL INFORMANTE:

1. Edad:.....

2. Sexo:.....

3. Grado de Instrucción:

- a. Primaria
- b. Secundaria
- c. Superior
- d. Otros(Especifique).....

4. Ocupación:

- a. Obrero
- b. Empleado
- c. Desempleado
- d. Informal
- e. Estudiante
- f. Otros(Especifique).....

5. Ha recibido información sobre tuberculosis

**multidrogorresistente?**

a. Sí

b. No



**Si su respuesta es si, ¿De quién recibió la información)**

- a. Amigos o vecinos
- b. Parientes
- c. Medios de comunicación
- d. Profesionales de la salud
  - Medico
  - Enfermera
  - Otros (especifique).....

### **III. CONOCIMIENTOS SOBRE LA TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE.**

1. **¿Cómo podría definir Ud. la tuberculosis multidrogorresistente con sus propias palabras?**
  - a. Una enfermedad contagiosa
  - b. Una enfermedad infectocontagiosa
  - c. Una enfermedad hereditaria
  - d. Una enfermedad viral
  - e. otros(especifique).....
2. **¿Qué entiende por bacilo o microbio resistente?**
  - a. Bacilos que son eliminados facilmente
  - b. Bacilos que en lugar de ser eliminado siguen creciendo
  - c. Bacilos que son eliminados luego de un corto tratamiento
  - d. Bacterias sensibles a los medicamentos
  - e. Otros(especifique).....
3. **¿La tuberculosis simple es igual a la tuberculosis multidrogorresistente (TB MDR)**
  - a. Si
  - b. No

**Si es si, en que se diferencia:**

  - a.En la TB-MDR los bacilos son sensibles a por lo menos dos medicamentos
  - b.En la TB-MDR los bacilos son sensibles a los medicamentos.
  - c.En la TB-MDR los bacilos son resistentes a por lo menos dos medicamentos.
  - d.En la Tuberculosis simple los bacilos son resistentes a los medicamentos.
  - e.Otros (especificar).....
4. **¿En cual de los siguientes casos un paciente puede adquirir resistencia?**
  - a. Si la persona recibe tratamiento previo y los medicamentos mataron completamente al bacilo
  - b. Si los medicamentos no son tomados en los días programados
  - c. Si el personal de salud supervisó la toma de los medicamentos
  - d. Si el paciente luego de su tratamiento es BK(-)

- e. Otros(especifique).....
5. **¿Cómo puede contagiar una persona con TB MDR a una persona sana?**
- Al compartir sus cubiertos con su familia.
  - Cuando elimina el esputo al aire libre al hablar y otro las inhala.
  - Al dar la mano y abrazo.
  - Dando su ropa para uso personal
  - Otros(especifique).....
6. **¿Cuándo se sospecha que un paciente tiene tuberculosis multidrogorresistente?**
- Cuando no presenta signos ni síntomas
  - Cuándo los medicamentos hacen efecto y el paciente, sigue con BK(-)
  - Cuando se incrementa la tos y flema, no hay aumento de peso y el paciente sigue con BK (+)
  - Cuándo los medicamentos no hacen efecto y el paciente sigue con BK(-)
  - Otros(especifique).....
7. **¿Cuál de las condiciones pone en riesgo al paciente en riesgo de hacer multidrogorresistencia?**
- Falta de control con Rx de pulmones.
  - Inasistencia al programa.
  - Falta de control de peso.
  - Seguir trabajando mientras toma el tratamiento.
  - Otros(especifique).....
8. **En caso de que una persona tenga tos por más de 15 días ¿Qué haría Ud.?**
- Quedar en casa y reposar en cama hasta que pase.
  - Ir al Centro de Salud para que realicen pruebas de diagnostico
  - Ir al curandero
  - Ir a la farmacia para que me receten algo
  - Otros(especifique).....
9. **¿Ud. Conoce alguna(as) pruebas de diagnóstico para la tuberculosis multidrogorresistente?**
- Examen de sangre, cultivo
  - Examen de orina, Prueba de esputo
  - Prueba de esputo, radiografía de tórax
  - Prueba de sensibilidad, cultivo, y radiografía de tórax
  - Otros(especifique).....
10. **Sabe ¿Cómo se les denomina a las personas que conviven y mantienen estrecha relación con el paciente tuberculoso?**
- Familiares
  - Amigos

- c. Contactos
- d. Compañeros de estudio
- e. Otros(especifique).....

**11. La personas que conviven y son muy cercanas a Ud. ¿Qué prueba se realizaron o qué prueba deben realizarse?**

- a. Exámen de orina
- b. Vacunaciones
- c. Prueba de esputo(BK)
- d. Examen de sangre
- e. Otros(especifique).....

**12. ¿Cuántos esquemas de tratamiento conoce?**

- a. 1
- b. 2
- c. 3
- d. 4
- e. Otros(especifique).....

**13. ¿ En qué esquema de tratamiento se encuentra?**

- a. Esquema I
- b. Esquema II
- c. Tratamiento Individualizado
- d. Tratamiento Estandarizado
- e. Tratamiento Empírico
- f. Otros(especifique).....

**14. ¿Cuántos medicamentos recibe usted.?**

- a. 5 – 6
- b. 7 – 8
- c. 9 – 10
- d. 11 - 12
- e. Otros(especifique).....

**¿Cuáles son?.....**

**15. El paciente con tuberculosis multidrogorresistente toma otros medicamentos ¿cuáles conoce usted?**

- a. Rifampicina, Pirazinamida, Isoniazida.
- b. Isoniazida, Rifampicina, Etambutol.
- c. Capreomicina, Q-Pas, Kanamicina, Cicloserina
- d. Pirazinamida, Estreptomicina, Isoniazida.
- e. Otros(especifique).....

**16. Un paciente con tuberculosis multidrogorresistente inicia tratamiento individualizado cuando:**

- a. No tiene prueba de sensibilidad
- b. Tiene prueba de esputo
- c. Tiene prueba de sensibilidad
- d. El paciente tiene radiografía de tórax
- e. Otros(especifique).....

- 17. El tratamiento para un paciente con tuberculosis multidrogorresistente es de:**
- a. 6 meses
  - b. 12 meses
  - c. 18 meses
  - d. 18 - 24 meses
  - e. Otros(especifique).....
- 18. La vacuna que nos protege de la formas graves de tuberculosis es:**
- a. Antitetánica
  - b. DPT
  - c. Pentavalente
  - d. BCG
  - e. Otros(especifique).....
- 19. ¿Cuándo se debe aplicar la vacuna?**
- a. Al año
  - b. A los cinco años
  - c. Al mes de nacido
  - d. Recién nacido
  - e. Otros(especifique).....
- 20. Si tiene un pariente o una persona cercana a Ud menor de 19 años que tratamiento debe recibir:**
- a. Quimioterapia
  - b. Quimioprofilaxis
  - c. Aislamiento
  - d. Prueba de esputo
  - e. Otros(especifique).....
- 21. Para protegerse de la tuberculosis multidrogorresistente ¿Qué debe hacer el paciente que esta en esquema I o II?**
- a. Tomar los medicamentos hasta no presentar los síntomas.
  - b. Tomar todos los medicamentos en casa y asistir a la consulta médica cuando se sienta mal.
  - c. Tomar los medicamentos siempre presente los síntomas
  - d. Tomar todos los medicamentos en los días y tiempo programados, además asistir a las consultas.
  - e. Otros (especifique).....
- 22. ¿Cómo se debe tener la vivienda?**
- a. Limpia, arreglada, pero ventilada
  - b. Ventilada, iluminada
  - c. Limpia, iluminada, ventilada
  - d. Arreglada, limpia, iluminada
  - e. Otros(especifique).....
- 23. ¿Cómo debe alimentarse una persona para protegerse de la tuberculosis multidrogorresistente?**
- a. Alimentación adecuada y balanceada (rica en proteínas)

- b. Dieta baja en proteínas
- c. A cualquier hora
- d. Frutas y verduras principalmente
- e. Otros(especifique).....

**24. ¿Qué debe hacer un paciente con tuberculosis multidrogorresistente al toser?**

- a. Cubrirse la boca y no hablar
- b. Cubrirse la boca y mantenerse alejado
- c. Cubrirse la boca y hablar de frente
- d. Cubrirse la boca y evitar hablar de frente
- e. Otros(especifique).....

**25. El paciente con tuberculosis multidrogorresistente debe realizar actividades**

- a. Si
- b. No

**Si la respuesta es Si. ¿Cómo deben ser las actividades**

- b. Continuar con sus actividades como lo hacia antes
- c. Incrementar sus actividades diarias
- d. Disminuir sus actividades diarias
- e. Continuar con las actividades fuertes.
- f. Otros(especifique).....

## ANEXO B

### CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DESARROLLAR EL CUESTIONARIO ACERCA DE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE

Yo.....Identificado  
o (a) con DNI N°.....y domiciliado  
en.....Declaro  
voluntariamente mi aceptación para participar en el desarrollo del formulario que  
la Srta. Estudiante en Enfermería de la UNMSM me esta solicitando. Así mismo  
declaro haber sido informado sobre el contenido de dicho cuestionario y los  
objetivos del mismo.

De igual manera me comprometo a hacer veraz en cuanto a mis respuestas.

En señal de conformidad firmo el presente consentimiento informado.

---

Firma del paciente

Lugar y Fecha.....

## ANEXO C

### CÁLCULO DE TAMAÑO MUESTRAL

Para identificar la muestra se tomó en cuenta los criterios de inclusión y exclusión quedando una población total de 95 pacientes con tuberculosis

$$n = \frac{N \times Z^2 \times p \times q}{(N - 1)(\alpha)^2 + Z^2 \times p \times q}$$

N: Tamaño de la población.

n: Tamaño muestral.

p: Proporción esperada de la característica a evaluar.

q: 1-p

$\alpha$  : Error que se comete al escoger la muestra.

$$n = \frac{95 \times 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}{94 \times 0.1^2 + 1.96^2 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = 48,02$$

$$n = 48 \text{ pacientes}$$

Según el cálculo del tamaño muestral, la muestra resulta 48 pacientes, sin embargo mientras mayor sea la muestra más representativa será la población y menor el error de muestreo, por tal motivo se decidió trabajar con toda la población.

## ANEXO D

### TABLA DE CONCORDANCIA

#### PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

| ITEMS | N° DE JUEZ |   |   |   |   |   |   |   | PROB. |
|-------|------------|---|---|---|---|---|---|---|-------|
|       | 1          | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 |       |
| 1     | 1          | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 2     | 1          | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 3     | 1          | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0.035 |
| 4     | 1          | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 5     | 1          | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0.035 |
| 6     | 1          | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0.035 |
| 7     | 1          | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0.035 |

Se ha considerado:

0: Si la respuesta es positiva.

1: Si la respuesta es negativa.

Si  $p < 0.05$ , el grado de concordancia es significativa.

P: 0.021 = 0.02

Por lo tanto la concordancia es significativa, lo que indica que el Instrumento es válido.



## ANEXO E

### KUDER-RICHARSON (K-R) CONFIABILIDAD

$$\frac{K}{K - I} \left[ 1 - \frac{\sum_{i=1}^k p_i q_i}{S_x^2} \right]$$

**K:** Número de Ítems.

**Sx<sup>2</sup>:** Varianza de la Prueba X

**pi:** Proporción donde se identifica las características o los atributos de estudio.

**qi:** 1-pi (proporción donde no se identifica el atributo)

|               |
|---------------|
| $0 < K-R < 1$ |
|---------------|

Si  $K-R > 0.6$  Hay confiabilidad buena.

$$K - R = \frac{25}{24} \left[ 1 - \frac{4,48}{20,65} \right]$$

$$K - R = \frac{25}{24} [0.77]$$

$$K - R = 0.80(80\%)$$

∴ Se concluye que el instrumento utilizado para medir conocimientos sobre TB-MDR es confiable.

## ANEXO F

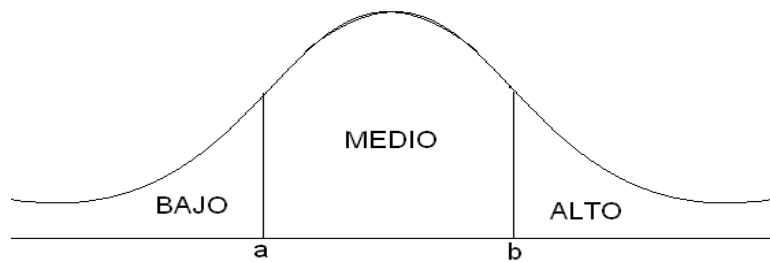
### CATEGORIZACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS

**A.** Categorización del conocimiento sobre Tuberculosis Multidrogorresistente de los pacientes que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta”.

**Se utilizó la campana de Gauss, donde se consideró una constante de 0,75 a través del siguiente procedimiento:**

1.- Se calculó el X: 10.74

2.- Se calculó la Desviación Estandar (DS): 3.71



$$a: X - 0.75(S)$$

$$a: 10.74 - 0.75(3.71)$$

$$a: 7.95$$

$$a: 8$$

$$b: X + 0.75(S)$$

$$b: 10.74 + 0.75(3.71)$$

$$b: 13.54$$

$$b: 14$$

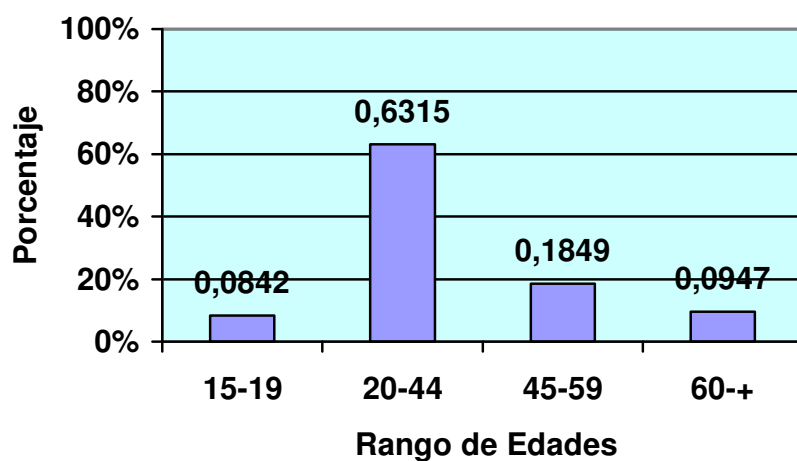
| CATEGORIAS DEL CONOCIMIENTO | PUNTAJE |
|-----------------------------|---------|
| Conocimiento Alto           | 15-25   |
| Conocimiento Medio          | 9-14    |
| Conocimiento Bajo           | 0-8     |

## ANEXO G

| VARIABLE   | DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE  | INDICADORES  | DEF. OPERACIONAL DE LA VARIABLE  | VALOR FINAL   |
|--|---|--|--|---|
| Nivel de conocimientos sobre tuberculosis multidrogorresistente de pacientes | Conjunto de ideas, conceptos, enunciados e información que posee el paciente sobre tuberculosis multidrogorresistente que pueden ser claros, precisos, ordenados e inexactos. | -Definición de la TB-MDR<br>-Etiología<br>-Epidemiología<br>-Manifestaciones Clínicas<br>-Factores de riesgo<br>-Métodos de detección y diagnóstico.<br>-Tratamiento<br>-Medidas de prevención | Información que tienen los pacientes que asisten a la ESN-PCT sobre tuberculosis multidrogorresistente, etiología, epidemiología manifestaciones clínicas, factores de riesgo, métodos de detección y Dx, tratamiento y prevención de TB-MDR, que fue medido, aplicando una entrevista expresado en nivel alto , medio y bajo. | Conocimiento Alto<br>(0-8 puntos)<br><br>Conocimiento Medio<br>(9-14 puntos)<br><br>Conocimiento bajo<br>(15-25 puntos) |

## ANEXO H

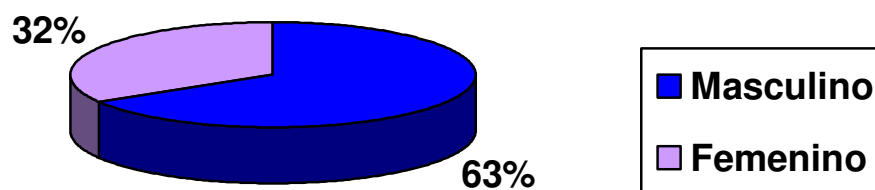
### EDAD DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN- PCT DEL CS."MADRE TERESA DE CALCUTA" LIMA-PERÚ 2008



**FUENTE:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS "Madre Teresa de Calcuta" 2008.

## ANEXO I

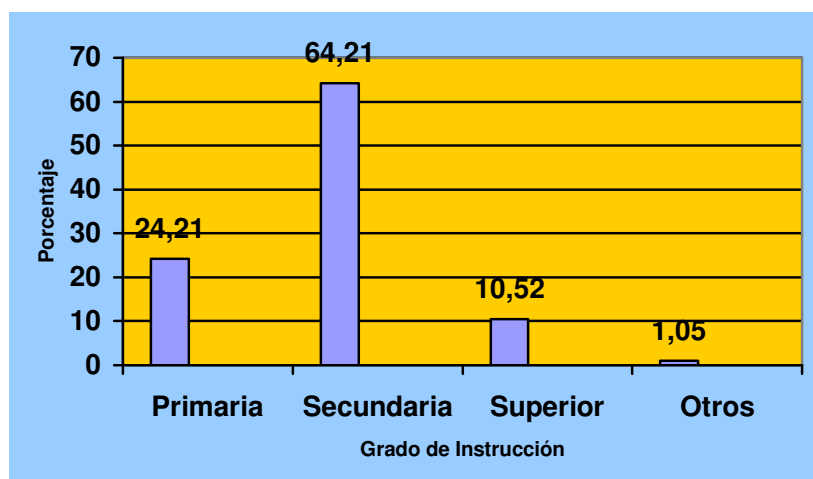
### SEXO DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CS “MADRE TERESA DE CALCUTA” LIMA-PERU 2008.



**FUENTE:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.

## ANEXO J

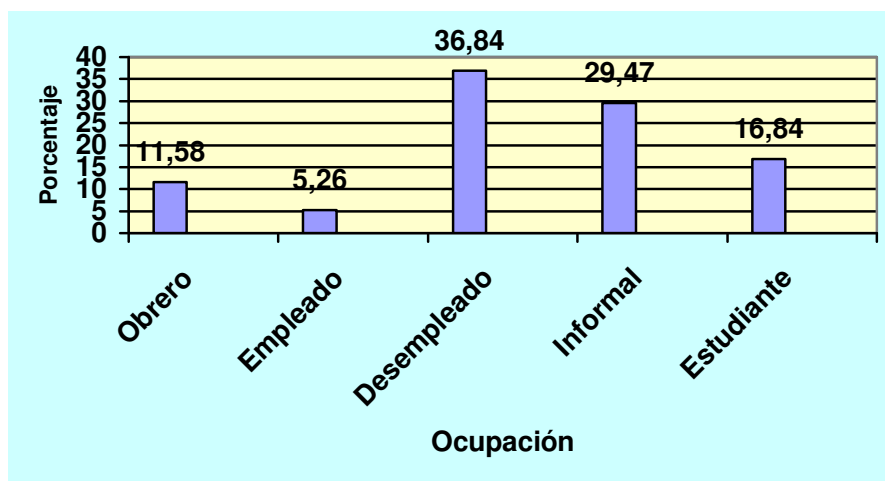
### GRADO DE INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA ESN- PCT DEL CS. "MADRE TERESA DE CALCUTA" LIMA-PERÚ 2008



**FUENTE:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS "Madre Teresa de Calcuta" 2008.

## ANEXO K

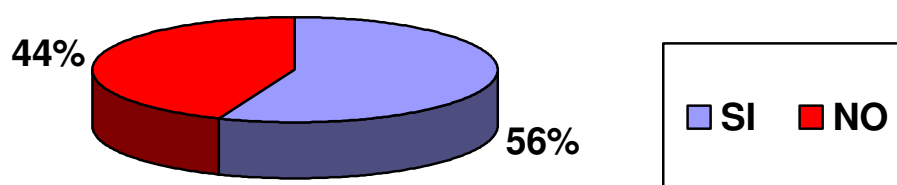
### OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON TUBERCULOSIS QUE ASISTEN A LA ESN-PCT DEL CS."MADRE TERESA DE CALCUTA" LIMA-PERÚ 2008



**FUENTE:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS "Madre Teresa de Calcuta" 2008.

## ANEXO L

### INFORMACIÓN RECIBIDA SOBRE TUBERCULOSIS MULTIDROGORRESISTENTE DE LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LA ESN- PCT DEL CS. "MADRE TERESA DE CALCUTA" LIMA-PERÚ 2008



**FUENTE:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS "Madre Teresa de Calcuta" 2008.



## ANEXO M

### CONOCIMIENTOS SOBRE DEFINICIÓN DE TB-MDR DE PACIENTES, SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO, QUE ASISTEN A LA ESN – PCT DEL CS. “MADRE TERESA DE CALCUTA”

LIMA- PERU

2008

| NIVELES DE<br>CONOCIMIENTO | ESQUEMA I |               | ESQUEMA II |               | ESQUEMA MDR |               |
|----------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
|                            | N         | %             | N          | %             | N           | %             |
| ALTO                       | 01        | 1,85          | 01         | 4,76          | 04          | 20            |
| MEDIO                      | 15        | 27,78         | 11         | 52,38         | 08          | 40            |
| BAJO                       | 38        | 70,37         | 09         | 42,86         | 08          | 40            |
| <b>TOTAL</b>               | <b>54</b> | <b>100.00</b> | <b>21</b>  | <b>100.00</b> | <b>20</b>   | <b>100.00</b> |

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-  
PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.

## ANEXO N

### CONOCIMIENTOS SOBRE ETIOLOGIA DE TB-MDR DE PACIENTES, SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO, QUE ASISTEN A LA ESN – PCT DEL CS. “MADRE TERESA DE CALCUTA”

LIMA- PERU

2008

| CONOCIMIENTO<br>SOBRE<br>ETIOLOGIA | ESQUEMA I |               | ESQUEMA II |               | ESQUEMA MDR |               |
|------------------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
|                                    | N         | %             | N          | %             | N           | %             |
| CONOCE                             | 4         | 7,41          | 10         | 47,62         | 14          | 70            |
| NO CONOCE                          | 50        | 92,60         | 11         | 52,38         | 06          | 30            |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>54</b> | <b>100.00</b> | <b>21</b>  | <b>100.00</b> | <b>20</b>   | <b>100.00</b> |

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-  
PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.

## ANEXO O

### CONOCIMIENTOS SOBRE EPIDEMIOLOGÍA TB-MDR DE PACIENTES, SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO, QUE ASISTEN A LA ESN – PCT DEL CS. “MADRE TERESA DE CALCUTA”

LIMA- PERU

2008

| CONOCIMIENTO<br>SOBRE<br>EPIDEMIOLOGIA | ESQUEMA I |               | ESQUEMA II |               | ESQUEMA MDR |               |
|--|-----------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
|  | N         | %             | N          | %             | N           | %             |
| CONOCE                                 | 4         | 7,41          | 12         | 57,14         | 16          | 80            |
| NO CONOCE                              | 50        | 92,60         | 09         | 42,86         | 04          | 20            |
| <b>TOTAL</b>                           | <b>54</b> | <b>100.00</b> | <b>21</b>  | <b>100.00</b> | <b>20</b>   | <b>100.00</b> |

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.

## ANEXO P

### CONOCIMIENTOS SOBRE MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE TB-MDR DE PACIENTES, SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO, QUE ASISTEN A LA ESN – PCT DEL CS. “MADRE TERESA DE CALCUTA”

LIMA- PERU

2008

| CONOCIMIENTO<br>SOBRE<br>M. CLÍNICAS | ESQUEMA I |               | ESQUEMA II |               | ESQUEMA MDR |               |
|--------------------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
|                                      | N         | %             | N          | %             | N           | %             |
| CONOCE                               | 18        | 33,33         | 13         | 61,90         | 20          | 100           |
| NO CONOCE                            | 36        | 48,14         | 08         | 38,10         | 00          | 00            |
| <b>TOTAL</b>                         | <b>54</b> | <b>100.00</b> | <b>21</b>  | <b>100.00</b> | <b>20</b>   | <b>100.00</b> |

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.

**ANEXO Q**

**CONOCIMIENTOS SOBRE FACTORES DE RIESGO DE TB-MDR DE  
PACIENTES, SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO, QUE ASISTEN  
A LA ESN – PCT DEL CS. “MADRE TERESA DE CALCUTA”  
LIMA- PERU  
2008**

| NIVELES DE<br>CONOCIMIENTO | ESQUEMA I |               | ESQUEMA II |               | ESQUEMA MDR |               |
|----------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
|                            | N         | %             | N          | %             | N           | %             |
| ALTO                       | 14        | 25,92         | 10         | 47,62         | 11          | 55            |
| MEDIO                      | 20        | 37,04         | 08         | 38,10         | 06          | 30            |
| BAJO                       | 20        | 37,04         | 03         | 14,28         | 03          | 15            |
| <b>TOTAL</b>               | <b>54</b> | <b>100.00</b> | <b>21</b>  | <b>100.00</b> | <b>20</b>   | <b>100.00</b> |

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.

**ANEXO R**

**CONOCIMIENTOS SOBRE DETECCIÓN Y DIAGNÓSTICO DE TB-MDR DE  
PACIENTES, SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO, QUE ASISTEN A LA  
ESN – PCT DEL CS. “MADRE TERESA DE CALCUTA”  
LIMA- PERU  
2008**

| NIVELES DE<br>CONOCIMIENTO | ESQUEMA I |               | ESQUEMA II |               | ESQUEMA MDR |               |
|----------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
|                            | N         | %             | N          | %             | N           | %             |
| ALTO                       | 06        | 11,11         | 06         | 28,52         | 05          | 25            |
| MEDIO                      | 19        | 35,19         | 07         | 33,33         | 06          | 30            |
| BAJO                       | 29        | 53,70         | 08         | 38,10         | 09          | 45            |
| <b>TOTAL</b>               | <b>54</b> | <b>100.00</b> | <b>21</b>  | <b>100.00</b> | <b>20</b>   | <b>100.00</b> |

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.

**ANEXO S**

**CONOCIMIENTOS SOBRE TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE TB-MDR  
DE PACIENTES, SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO, QUE ASISTEN A LA  
ESN – PCT DEL CS. “MADRE TERESA DE CALCUTA”  
LIMA- PERU  
2008**

| NIVELES DE<br>CONOCIMIENTO | ESQUEMA I |               | ESQUEMA II |               | ESQUEMA MDR |               |
|----------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
|                            | N         | %             | N          | %             | N           | %             |
| ALTO                       | 00        | 00            | 02         | 9.52          | 06          | 30            |
| MEDIO                      | 14        | 25,92         | 12         | 57,14         | 07          | 35            |
| BAJO                       | 40        | 74,08         | 07         | 33,33         | 07          | 35            |
| <b>TOTAL</b>               | <b>54</b> | <b>100.00</b> | <b>21</b>  | <b>100.00</b> | <b>20</b>   | <b>100.00</b> |

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.

**ANEXO T**

**CONOCIMIENTOS SOBRE MEDIDAS PREVENTIVAS DE TB-MDR DE  
PACIENTES, SEGÚN ESQUEMA DE TRATAMIENTO, QUE ASISTEN  
A LA ESN – PCT DEL CS. “MADRE TERESA DE CALCUTA”  
LIMA- PERÚ  
2008**

| NIVELES DE<br>CONOCIMIENTO | ESQUEMA I |               | ESQUEMA II |               | ESQUEMA MDR |               |
|----------------------------|-----------|---------------|------------|---------------|-------------|---------------|
|                            | N         | %             | N          | %             | N           | %             |
| ALTO                       | 04        | 7.41          | 02         | 9.52          | 7           | 35            |
| MEDIO                      | 23        | 42,59         | 10         | 47,62         | 11          | 55            |
| BAJO                       | 27        | 50            | 09         | 42,86         | 02          | 10            |
| <b>TOTAL</b>               | <b>54</b> | <b>100.00</b> | <b>21</b>  | <b>100.00</b> | <b>20</b>   | <b>100.00</b> |

**Fuente:** Encuesta realizada a pacientes con tuberculosis que asisten a la ESN-PCT del CS “Madre Teresa de Calcuta” 2008.